

**Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter der Universitätsmedizin Rostock
Prof. Dr. med. Michael Kölch**

Kinderneuropsychiatrie in Ueckermünde 1960.

Analyse der stationären Klientel des Bezirkskrankenhauses
für Psychiatrie und Neurologie Ueckermünde 1960.
Eine Vergleichsanalyse zwischen der Versorgung der Patienten in einem
Kommunalkrankenhaus (Ueckermünde) und in einer Universitätsklinik
(Rostock) in der DDR.

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Universitätsmedizin Rostock.

Vorgelegt von

Karolina Łuka

Geb. 8.05.1987 in Szczecin (Stettin)

Rostock 2020

Gutachter:

Prof. Dr. med. Frank Häßler, Rostock, Tagesklinik der GGP Rostock

Prof. Dr. med. Ekkehardt Kumbier, Universität Rostock, Arbeitsbereich Geschichte der Medizin

Prof. Dr. med. Renate Schepker, Berlin, ZfP Südwürttemberg

Jahr der Einreichung: 2020

Jahr der Verteidigung: 2020

Inhaltsverzeichnis

<u>I Einleitung</u>	8
I.1 Politische Situation und Struktur des Gesundheitswesens im Jahr 1960 in der DDR	8
I.2 Geschichte und Entwicklung der Ueckermünder Klinik	13
I.2.1 „Das Krankenhaus am Rande der Stadt“.....	13
I.2.2 Kinderbehandlung in Ueckermünde – Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde.....	18
I.2.3 Derzeitige Struktur der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Ueckermünde.....	22
I.3 Anliegen dieser Arbeit	24
I.4 Hypothesen dieser Arbeit	26
 <u>II Methode</u>	27
II.1 Definition der zu untersuchenden Klientel und des Untersuchungszeitraums	27
II.2 Erfasste Merkmale	27
II.3 Auswertung der Daten	28
II.3.1 Datenerhebung.....	28
II.3.2 Statistische Auswertung.....	30
 <u>III Ergebnisse</u>	31
III.1 Gesamtklientel mit psychiatrischer Diagnose	31
III.2 Die Gruppen	32
III.3 Personendaten	32
III.3.1 Geschlechter.....	32
III.3.2 Alter.....	32
III.3.2.1 Altersgruppen.....	34
III.4 Klinische Daten	35
III.4.1 Aufenthaltsdauer.....	35
III.4.1.1 Aufenthaltsdauer und Entwicklungsverzögerungen.....	36
III.4.1.2 Aufenthaltsdauer und Aufnahmesymptomatik.....	37
III.4.1.3 Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit vom Alter.....	37
III.4.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg.....	37
III.4.2 Intelligenzquotient (IQ).....	38
III.4.2.1 IQ und Geschlecht.....	38
III.4.2.2 IQ und Fremdplatzierung.....	39

III.4.2.3 IQ und Alter.....	40
III.4.2.4 IQ und Aufenthaltsdauer.....	40
III.4.2.5 IQ und Geburtsverlauf.....	40
III.4.2.6 IQ und sonstige Symptome.....	41
III.4.3 Entwicklungsrückstand.....	43
III.4.3.1 Entwicklungsrückstand und IQ.....	43
III.4.3.2 Entwicklungsrückstand und Geschlecht.....	43
III.4.3.3 Entwicklungsrückstand und Fremdplatzierung.....	44
III.4.4 Aufnahmesymptomatik.....	44
III.4.5 Suizidversuch, Substanzmissbrauch.....	45
III.4.6. Geburtsverlauf.....	45
III.4.6.1 Geburtsverlauf und Fremdplatzierung.....	45
III.4.6.2 Geburtsverlauf und Geschlecht.....	45
III.4.7 Elektroenzephalographie.....	46
III.4.7.1 EEG und Geschlecht.....	46
III.4.7.2 EEG und Geburtskomplikationen.....	47
III.4.7.3 EEG und Entwicklungsrückstand.....	47
III.4.8 Medikamentengabe und weitere Kategorien.....	48
III.4.8.1 Medikamentengabe und Geschlecht.....	48
III.4.8.2 Medikamentengabe und Behandlungserfolg.....	48
III.4.8.3. Medikamentengabe und Intelligenzminderung.....	48
III.4.9 Behandlungserfolg.....	49
III.4.9.1 Behandlungserfolg und Geschlecht.....	49
III.4.9.2 Behandlungserfolg und Alter.....	50
III.4.9.3 Behandlungserfolg und Fremdplatzierung.....	51
III.4.9.4 Behandlungserfolg und IQ.....	51
III.4.9.5 Behandlungserfolg und Geburtsverlauf.....	52
III.4.9.6 Behandlungserfolg und Entwicklungsverzögerungen.....	52
III.5 Sonstige Befunde.....	53
III.5.1 Verhaltensstörungen.....	53
III.5.2 Aggression.....	53
III.5.2.1 Aggression und Geschlecht.....	53
III.5.2.2 Aggression und Fremdplatzierung.....	54
III.5.2.3 Aggression und Alter.....	54

III.5.3 Unruhe.....	54
III.5.3.1 Unruhe und Geschlecht.....	54
III.5.3.2 Unruhe und Fremdplatzierung.....	54
III.5.3.3 Unruhe und Alter.....	55
III.5.4 Konzentrationsstörungen.....	55
III.5.4.1 Konzentrationsstörungen und Geschlecht.....	55
III.5.4.2 Konzentrationsstörungen und Fremdplatzierung.....	55
III.5.4.3 Konzentrationsstörungen und Alter.....	55
III.5.5 Stehlen.....	56
III.5.5.1 Stehlen und Geschlecht.....	56
III.5.5.2 Stehlen und Fremdplatzierung.....	56
III.5.5.3 Stehlen und Alter.....	56
III.5.6 Misshandlung durch die Eltern.....	56
III.5.6.1 Misshandlung durch die Eltern und Geschlecht.....	56
III.5.6.2 Misshandlung durch die Eltern und Fremdplatzierung.....	57
III.5.6.3 Misshandlung durch die Eltern und IQ.....	57
III.6 Diagnosen	57
III.6.1 Erstdiagnosen nach ICD-10.....	57
III.6.2 Zweitdiagnose	60
III.6.3 IQ und Diagnosen.....	60
III.6.4 Diagnose und Fremdplatzierung.....	61
III.6.5 Erstdiagnosen und Behandlungserfolg.....	61
III.6.6 Diagnose und EEG.....	61
III.6.7 Diagnose und Geschlecht.....	62
III.6.8 Diagnose und Geburtsverlauf.....	62
III.6.9 Diagnose und Alter.....	62
III.6.10 Aufenthaltsdauer und Diagnose.....	63
III.7 Familiäre und soziale Situation.....	65
III.7.1 Familiärer Hintergrund.....	65
III.7.2 Schulbildung der Eltern.....	65
III.7.3 Berufsausbildung der Eltern.....	65
III.7.3.1 Ausbildung der Eltern und Patientenalter.....	65
III.7.3.2 Ausbildung der Eltern und Fremdplatzierung.....	66
III.7.4 Berufstätigkeit der Eltern.....	66

III.7.5 Substanzmissbrauch der Eltern.....	66
III.7.6 Psychiatrische Erkrankung der Eltern.....	67
III.7.6.1 Substanzmissbrauch/ psychiatrische Erkrankung der Eltern und Fremdplatzierung....	67
III.7.7 Geschwisterzahl.....	68
III.7.8 Im Heim lebende Geschwister.....	68
III.7.9 Milieu.....	69
III.8 Versorgungsstruktur.....	70
III.8.1. Einweisende Stelle.....	70
III.8.2 Weiterbehandelnde Stellen.....	70
III.8.3 Überweisung von der Klinik in Heime.....	71
III.9 Vergleich der Klientel der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Patienten in Ueckermünde und Rostock im Jahr 1960.....	72
III.9.1 Geschlecht	72
III.9.2 Alter der Patienten.....	71
III.9.3 Dauer der Behandlung.....	72
III.9.4 Einweisende Stellen.....	72
III.9.5 Weiterbehandelnde Stellen	72
III.9.6 Behandlungserfolg.....	73
III.9.7 Wiederholung der Behandlung.....	74
III.9.8 Intelligenz.....	74
III.9.9 Entwicklungsverzögerungen.....	74
III.9.10 Anzahl der Geschwister.....	75
III.9.11 Anzahl der Geschwister im Heim.....	77
III.9.12 Familiäre Situation.....	77
III.9.13 Bildungsstand der Eltern.....	77
III.9.14 Substanzmissbrauch und psychische Erkrankung der Eltern.....	78
III.9.15 Diagnosen.....	78
III.9.16 Sonstige Symptome	80
III.9.16.1 Aggression.....	80
III.9.16.2 Konzentrationsstörung	80
III.9.16.3 Stehlen.....	81
III.9.16.4 Unruhe.....	81
III.9.17 Medikamentengabe.....	81

<u>IV Diskussion</u>	82
IV.1 Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung des Jahrganges 1960 in Ueckermünde	82
IV.1.1 Geschlecht und Alter.....	82
IV.1.2 Intelligenzquotient	82
IV.1.3 Die Diagnosen.....	84
IV.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg.....	88
IV.1.5 Medikamentengabe.....	89
IV.1.6 Soziale Situation der Ueckermünder Klientel im Jahr 1960.....	93
IV.2 Diskussion des Vergleichs der Behandlung im Jahr 1960 in Ueckermünde und Rostock	96
IV.2.1 Die Klientel und die Behandlungsdauer.....	97
IV.2.2 Aufnahmediagnosen	99
IV.2.3 Medikamentengabe.....	100
IV.2.4 Behandlungserfolg	100
IV.2.5 Soziale Situation.....	101
IV.2.6 Sonstige Symptome.....	101
IV.2.7 Fremdunterbringung und Gewährleistung von weiteren Hilfen vor und nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.....	102
IV.3 Zusammenfassung	104
IV.4 Thesen dieser Arbeit	106
 <u>V Quellenverzeichnis</u>	 108
 <u>VI Anhang</u>	 115
VI.1 Abbildungsverzeichnis	115
VI.2 Tabellenverzeichnis	115
VI.3 Abkürzungsverzeichnis	116

I Einleitung

I.1 Politische Situation und Struktur des Gesundheitswesens im Jahr 1960 in der DDR

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges beschlossen die Siegermächte Frankreich, Großbritannien, die USA und die Sowjetunion auf der Konferenz von Jalta in der Ukraine, das deutsche Staatsgebiet in vier Besatzungszonen aufzuteilen (Goerlitz und Immisch 1997, S.144). Das Ziel war es, den Nationalsozialismus zu beenden und die Wirtschaft wieder in Gang zu setzen. Die Entstehung zweier deutscher Staaten war bei Kriegsende von den Siegermächten nicht beabsichtigt. Die Spaltung Deutschlands vollzog sich schrittweise. Schon nach zwei Jahren war das Verhältnis zwischen den Ost- und Westmächten gespalten. Die im Potsdamer Abkommen (Drei-Mächte-Konferenz von Berlin, 2. August 1945) vorgesehenen deutschen Zentralverwaltungen wurden nie eingerichtet. Unter dem Einfluss der Besatzungsmächte verlief die wirtschaftliche, gesellschaftliche und politische Entwicklung in den drei Westzonen und in der Sowjetzone sehr unterschiedlich. Der „Kalte Krieg“ (1948-1989) verhinderte Kompromisse zwischen den Weltmächten, die Währungsreform vertiefte vor allem die wirtschaftliche Trennung (Goerlitz und Immisch 1997, S.180). In der sowjetischen Besatzungszone war die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands die einzig regierende Partei, die alle Lebensbereiche von der Ausbildung der Kleinkinder über Freizeitgestaltung bis hin zur Arbeitsplatz- und Wohnungswahl kontrollierte. Auf Initiative der SED wurde die Volkskongressbewegung gegründet. Aus der Bewegung gingen die Deutschen Volkskongresse hervor. Der von der SED berufene Zweite Deutsche Volkskongress (1948) setzte einen „Deutschen Volksrat“ ein, der eine Verfassung der DDR ausarbeitete, die bereits auf dem Dritten Deutschen Volkskongress (30. Mai 1949) verabschiedet wurde. Dieser Zeitpunkt entsprach der Taktik der SED, entscheidende politische Maßnahmen einige Tage nach den entsprechenden Vorgängen in Westdeutschland durchzuführen, und damit den Anschein zu erwecken, sie seien nur eine Reaktion auf diese Vorgänge (Goerlitz und Immisch 1997, S. 196). Am 7. Oktober 1949 ernannte sich der „Volksrat“ selbst zur „Volkskammer“, die „Deutsche Demokratische Republik“ wurde gegründet. Artikel 1 der Verfassung von besagte: „(1) Deutschland ist eine unteilbare demokratische Republik; sie baut sich auf den deutschen Ländern auf. (2) Die Republik entscheidet alle Angelegenheiten die für den Bestand und die Entwicklung

des deutschen Volkes in seiner Gesamtheit wesentlich sind . . . (4) Es gibt nur eine deutsche Staatsangehörigkeit". Präsident der DDR wurde Wilhelm Pieck, Ministerpräsident Otto Grotewohl. Der eigentliche Machthaber war aber Walter Ulbricht, der an der Spitze der SED-Parteorganisation stand (Goerlitz und Immisch 1997, S.196).

Die Diktatur in der DDR widerspiegelte sich in allen Lebensbereichen. Schon in den ersten Jahren der Sowjetherrschaft wurde der Großgrundbesitz aufgeteilt und fast alle Industriebetriebe wurden als „volkseigen“ verstaatlicht. Durch Kürzung der Materialzuteilung wurden die Handwerker gezwungen, sich in Genossenschaften zusammenzuschließen. Seit dem Jahr 1959 wurde auch der Druck auf die Bauern immer stärker. Sie sollten ihre privaten Betriebe in „Landwirtschaftliche Produktions-Genossenschaften“ (LPG) einbringen. Im Jahr 1960 war fast die gesamte Landwirtschaft der DDR voll „sozialisiert“ (Goerlitz und Immisch 1997, S. 198).

Unter Führung der Partei der Arbeitsklasse wurde am Aufbau eines neuen, demokratischen Gesundheitswesens gearbeitet. Die Grundzüge der Gesundheitspolitik der SED in den Jahren der antifaschistisch-demokratischen Umwälzung haben in den „Kommunalpolitischen Richtlinien" (1946) sowie in den „Gesundheitspolitischen Richtlinien" (1947) ihren Niederschlag gefunden. Die „Kommunalpolitischen Richtlinien" wiesen bereits ein umfassendes gesundheitspolitisches Programm aus. Die Überführung des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in Gemeinbetriebe unter Ausschaltung aller privatwirtschaftlichen Interessen umfasste den Bau von Krankenhäusern und Fachkrankenhäusern, die Gewährung der Ersten Hilfe und ausreichende medizinische Behandlung für alle Bewohner, Beschaffung und Bereitstellung von Arzneimitteln und Desinfektionsmitteln sowie die Errichtung von Fürsorgen für Säuglinge, Schulkinder, Jugendliche, Schwangere, Tbc-Kranke, Geschlechtskranke, Krebskranke, Geisteskranke, physisch geschädigte und alte Menschen (Winter 1980, S.18). Auf der Grundlage beider Dokumente, insbesondere der „Gesundheitspolitischen Richtlinien“, wurde mit maßgeblicher Unterstützung der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland und ihrer historisch bedeutsamen Befehle auf dem Boden der Deutschen Demokratischen Republik bereits in der Periode der antifaschistisch-demokratischen Ordnung begonnen, ein einheitliches, staatliches, allen Bürgern unentgeltlich zugängliches Gesundheitswesen aufzubauen. Mit dem SMAD-Befehl Nr. 234 (vom 9.

Oktober 1947) wurde der Aufbau des Betriebsgesundheitswesens, eine der „größten Errungenschaften der Arbeitsklasse und aller Werktätigen“, gesetzlich geregelt. Besondere Aufmerksamkeit galt der Entwicklung des Mütter-, Kinder- und Jugendgesundheitschutzes. Zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten entstanden einheitliche, zentralgeleitete Organisationen mit Spezialambulatorien. Durch all diese und weitere Maßnahmen gelang es in wenigen Jahren, die gesundheitliche Situation zu normalisieren und auf einigen Gebieten bereits die Vorkriegswerte zu überschreiten (Winter 1980, S.18). Gestützt auf die örtlichen Organe der Staatsmacht und im engen Zusammenwirken mit den Ärzten, Schwestern und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, gelang es der Arbeiterklasse und ihrer Partei, das gesundheitspolitische Programm der antifaschistisch-demokratischen Umwälzung zu erfüllen. Dabei wurden bereits Elemente verwirklicht, die für ein sozialistisches Gesundheitswesen charakteristisch sind. Dazu gehören u. a. der staatliche Charakter des Gesundheitswesens, die einheitliche Sozialversicherung für alle Arbeiter und Angestellten, die prophylaktische Orientierung, der Aufbau des Betriebsgesundheitswesens und die besondere Förderung der Arbeiter- und Bauernkinder bei der Zulassung zum Medizinstudium (Winter 1980, S. 19).

Die Gesundheitsprophylaxe wurde in der DDR schon früh als sehr wichtig erachtet. Bereits im Jahr 1954 wurde das „Zentralinstitut für medizinische Aufklärung“ gegründet (vgl. Forum Gesundheitspolitik 2019). „Gesundheitspropaganda“ und Gesundheitserziehung waren Bestandteil der politisch-ideologischen und kulturell-erzieherischen Arbeit und hatten das bewusste Handeln des Einzelnen und der Kollektive zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zum Ziel (Winter 1980, S. 167). Im Jahr 1954 wurde die Anordnung über ständige gesundheitliche Überwachung der Jugendlichen erlassen. Kurz danach, auf der Grundlage der Verordnung über die Errichtung jugendpsychiatrischer Beratungsstellen (vom 29. Mai 1954), wurden die Ärzte aufgefordert, jugendpsychiatrische Beratungsstellen aufzubauen (Schmitz 1960, S. 2170). Ein Jahr später (Februar 1955) wurde der Plan des Ministerrates der DDR zur Förderung der Jugend vorgestellt (Winter 1980, S.75). Durch die in diesem Plan gegebenen Einweisungen wurde zunächst der Schulgesundheitsdienst zur gesamtstaatlichen Aufgabe erhoben. Danach wurden Beratungsstellen für Jugendgesundheitschutz im ganzen Lande aufgebaut

(Winter 1980, S. 75). Sie dienten dazu, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen vom 4. bis zum 18. Lebensjahr zu erhalten und zu fördern. Besonderer Wert wurde auf die 1. und 2. Einschulungsuntersuchung gelegt, die in Zusammenarbeit von Jugendarzt, Augenarzt, Ohrenarzt, Pädiater, Orthopäde, Zahnarzt und bei Bedarf unter Hinzuziehung des Psychiaters stattgefunden hat. Die 1. Einschulungsuntersuchung wurde bei Vorschulkindern 18 Monate vor Schulbeginn durchgeführt. Durch Früherkennung und Behandlung von krankhaften Zuständen und Fehlentwicklungen in dieser Zeit war die Möglichkeit einer Beseitigung oder Besserung dieser Schäden vor der Einschulung gegeben (Winter 1980, S.75).

In der 50er Jahren wurde das Betriebsgesundheitswesen kontinuierlich ausgebaut. Bereits im Jahr 1955 wurde die Inspektion für Arbeitsschutz und technische Sicherheit gebildet (vgl. Forum Gesundheitspolitik 2019). Ein Schwerpunkt in der Arbeit des Betriebsgesundheitswesens war die arbeitsmedizinisch prophylaktische Bekämpfung der Berufskrankheiten (Winter 1980, S. 51). Im Jahr 1957 wurden die Richtlinien für die Arbeit in den Einrichtungen des Betriebsgesundheitsschutzes (vgl. Forum Gesundheitspolitik 2019) eingeführt. Auf der Grundlage der Verordnung über Melde- und Entschädigungspflicht bei Berufskrankheiten wurde die Liste der Berufskrankheiten definiert (Winter 1980, S. 51).

Der staatliche Charakter des Gesundheitswesens bedingte, dass alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens als Angestellte tätig waren. Damit wurde der gewerbliche Charakter ärztlicher Tätigkeit überwunden (Winter 1980, S, 24). Obwohl die Anzahl der frei niedergelassenen Ärzte gewollt sank, versorgten diese Ärzte 50,2% aller ambulanten Behandlungsfälle. Die Polikliniken und Ambulatorien betreuten 37,7% und die Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens 12,1% aller ambulanten Patienten. Auf dieser Grundlage wurden im Jahr 1958, insbesondere auf dem Land, sogenannte „Staatliche Arztpraxen“ mit angestellten Ärzten eingerichtet. In diesen wurden oftmals ältere Praxisinhaber angestellt. Bereits im Jahr 1959 stieg der Anteil der durch staatliche Einrichtungen versorgten Behandlungsfälle auf 54% (vgl. Forum Gesundheitspolitik 2019). Es wurde ein „Mischkonzept“ zwischen zentralen und dezentralen Versorgungseinrichtungen entwickelt. Zu zentralen Einrichtungen des Gesundheitswesens gehörten Polikliniken, Bezirkskrankenhäuser, Universitätskliniken und Spezialeinrichtungen (Winter 1980, S. 46). Die Polikliniken haben die Verantwortung für die weitere Entwicklung der Gemeinschaftsarbeit mit dezentralen

Einrichtungen des Gesundheitswesens (wie z. B. Ambulatorien, Ambulanzen, Staatliche Arztpraxen und Ärztliche Praxen in eigener Niederlassung) sowie für die Organisation der ambulanten Betreuung getragen. Die unter einheitlicher Leitung stehende Gemeinschaftsarbeit zwischen Ärzten, die gemeinsame Nutzung diagnostisch-therapeutischer Kapazitäten in kommunalen medizinischen Einrichtungen sowie die enge Kooperation sollten eine gute gesundheitliche Betreuung in der Wohngebieten und in den Betrieben ermöglichen (Winter 1980, S. 46).

Eine weitere wichtige Aufgabe und unter sozialistischen Bedingungen integraler Bestandteil der medizinischen Wissenschaft in der DDR war die Rehabilitation der geschädigten Patienten (Grossmann und Schmitz 1963, S. 442). Die Rehabilitation sollte in Hinsicht sowohl auf medizinische, als auch pädagogische, berufliche und soziale Aspekte erfolgen. In der Gesetzgebung wurde das Recht des „Geschädigten“ auf Bildung, den individuellen Möglichkeiten entsprechende Arbeit und soziale Sicherheit verankert (Winter 1980, S.77).

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Politik der SED war die soziale Betreuung. Das Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz (1950) sollte den Müttern Berufstätigkeit ermöglichen. Auf dieser Grundlage wurden sozialpolitische Maßnahmen eingeführt, die durch die Parteitage der SED beschlossen wurden. Eine dieser Maßnahmen war die weitere Errichtung von staatlichen Kindereinrichtungen. Damit sollte die häusliche Erziehung durch die staatliche Erziehungsarbeit, basierend auf einer marxistisch-leninistischen Pädagogik, ergänzt werden. Diese sollte die Entwicklung der Kinder günstig beeinflussen und Heimerziehung verhindern (Winter 1980, S. 139). Infolge der sozialpolitischen Maßnahmen erhöhten sich die Geburtenzahlen stark. Trotz Schaffung neuer Kindergartenplätze kam es nicht zu einer entsprechender Steigerung des Versorgungsgrades. Erst seit 1960 sei die Zahl der Plätze in den Dauerheimen, in denen vorwiegend elternlose und familiengelöste Kinder untergebracht waren, kontinuierlich gesunken. Im Jahr 1960 gab es 10913 Plätze in Dauerheimen und 81495 Krippenplätze wurden zur Verfügung gestellt. Bis zum Jahr 1977 ist die Zahl der Plätze in Dauerheimen um die Hälfte gesunken (5237) und die Zahl der Krippenplätze stieg auf 251856 (Winter 1980, S. 141).

I.2 Geschichte und Entwicklung der Ueckermünder Klinik

I.2.1 „Das Krankenhaus am Rande der Stadt“

„Es soll vom 1. Mai d. Js. als dem Tage der Eröffnung der Arbeitshäuser kein Bettler in der hiesigen Provinz mehr geduldet werden“. So verlangte ein Erlass der Preußischen Kriegs- und Domänenkammer vom 12.04.1799 „die Aufgreifung und den Transport von Bettlern und Vagabunden in Arbeitshäuser“ (Schmitz 1974, S. 2). Mit diesem Erlass beginnt die Geschichte des heutigen Klinikums in Ueckermünde.

Für den Bau dieser Korrigendenanstalt war zuerst die Stadt Anklam vorgesehen, jedoch verweigerte sich der Magistrat, „allerlei Gesindel in seinen Stadtmauern zu beherbergen“. So fiel die Wahl auf Ueckermünde (Albrecht 2000, S. 9). Am Neujahrstag 1800 wurde die am Anklamer Tor errichtete „Landarmenanstalt“ eröffnet. In der Zeit des beginnenden Aufstiegs des sog. Irrenwesens wurden von manchen Einsichtigen die Zustände in dem Zucht- und Werkhause für die Geistkranken als unwürdig empfunden. Der Großherzog Friedrich Franz I. hatte den Wunsch, dass den „Wahn- und Blödsinnigen eine bessere und menschenfreundlichere Behandlung“ zuteil werde (Fischer 1931, S. 2). Bis zum Jahre 1834 gab es in der ehemals Preußischen Provinz Pommern keine Fürsorge und kein Krankenhaus für psychisch Kranke, so dass ein Teil der Kranken in Landesarmenanstalten unterkommen mussten (Schmitz 1974, S. 3). Zwar war schon im Jahr 1833 der Plan der Errichtung von zwei „Siechen- und Irrenanstalten“ erwogen worden, jedoch hatte der Provinziallandtag dieses Projekt wegen zu hoher Kosten abgelehnt. Aufgrund des Mangels an psychiatrischer Fürsorge in der Provinz Pommern musste der Kommunallandtag im Jahr 1863 endlich über den Bau einer psychiatrischen Anstalt beschließen (Schmitz 1974, S. 4). Im Jahr 1871 begannen die Bauarbeiten und am 1. Oktober 1875 wurde die „Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde“ eröffnet (Albrecht 2000, S. 10). In der neu erbauten Anstalt gab es insgesamt 300 Plätze für Kranke in 6 Häusern, davon je zwei für Männer und Frauen als Heil- und Pflegeabteilungen und je eins für Männer und Frauen als Isoliergebäude (Schmitz 1974, S. 4). Um nach außen eine Abgrenzung zu erhalten und im Inneren ein Hofsystem für die Kranken herzustellen, wurden ca. 2,5 m hohe Mauern zwischen den Gebäuden errichtet (Albrecht 2000, S. 9). Bereits vom Jahre 1880 an herrschte eine chronische Überbelegung (bis zu 398 Kranke), so dass wiederholt Kranke in die Privatanstalt „Bergquell“ verlegt werden mussten. Der

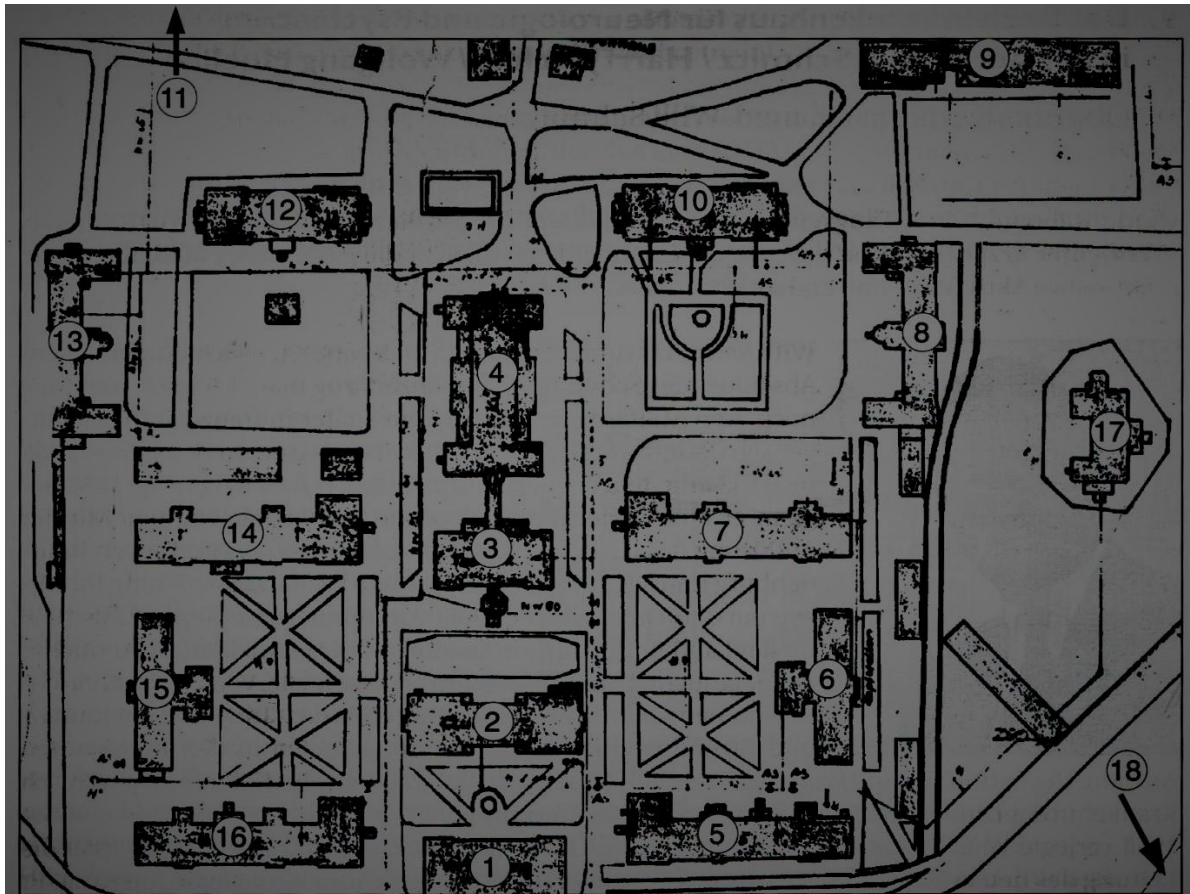
erste Direktor, Herr Arthur von Gellhorn, bemühte sich, den Kranken möglichst viel Freiheit zu gewähren. (Albrecht 2000, S. 10). In den Jahren 1895-1897 erfolgte stufenweise die Umprofilierung der Krankenstationen und die Beseitigung der Abgrenzungsmauern und der Fenstergitter. Um den Entweichungen der Patienten entgegenzuwirken, wurde zur Beschaffung eines geeigneteren Wärterpersonals für den sog. Irrendienst die Errichtung von Pflegerinnenschulen empfohlen (Knecht 1901b, S. 51). Es wurde auch dafür gesorgt, dass die Kranken ausreichend Beschäftigung im Freien sowie Hydrotherapie erhielten. Ab Ende der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts durften sogar Angehörige die Kranken auf der Station besuchen. Ein neues Gesetz regelte seit 1891 die Einstufung der Kranken in der Anstaltspflege in zwei Gruppen: „unheilbare und nicht gefährliche Kranke“ sowie „Idioten und Epileptiker“ (Albrecht 2000, S. 11). Beide Gruppen sollten getrennt voneinander untergebracht werden, was die Grundlage zur Umbenennung in „Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt“ bildete. Das Haus wurde offen geführt, und alle Arbeiten auf dem Gelände führten die Kranken im Rahmen der Arbeitstherapie aus. Die ersten Versuche durch den damaligen Direktor Dr. von Gellhorn, in der Provinzial-Heilanstalt Ueckermünde eine Familienpflege einzurichten, reichen bis Anfang der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts zurück. Diese Versuche wurden durch seinen Nachfolger fortgeführt und im Jahr 1899 führte der damalige Direktor Adolf Knecht die sogenannte „Familienpflege“ ein (Knecht 1901a, S. 37). Für rehabilitationsfähige psychisch Kranke, ruhige Schwachsinnige und manchmal auch Trinker suchte man in den umliegenden Dörfern Familien aus, die gewillt und geeignet waren, Patienten im Haushalt aufzunehmen. Dazu wurde das etwa 2-3 km von der Anstalt entfernt gelegene Dorf Liepgarten erwählt (Albrecht 2000, S. 13; Knecht 1901a, S. 38). Der Anfang wurde mit 5 kranken Frauen gemacht, welche in 3 Pflegestellen untergebracht wurden (Tomaschny 1928, S. 220). Die Zahl der Pfleglinge stieg sehr schnell. Schon nach zwei Jahren war die Zahl 100 überschritten und erreichte im Jahre 1914, kurz vor Ausbruch des Krieges, ihren höchsten Stand mit 131 Kranken (Tomaschny 1928, S. 221). In der Chronik wird berichtet, dass über Jahrzehnte hinweg die Zahl der Familienpfleglinge in Ueckermünde eine der höchsten in ganz Deutschland war (Albrecht 2000, S. 13). Infolge der ständigen Erweiterungen der Aufnahmekapazität für psychisch Kranke wurden in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts Neubauten errichtet. So entstanden 1902/1903 die heutigen Häuser 9 und 11 für Patienten mit infektiösen und tuberkulösen Krankheiten (Schmitz 1974, S. 10). Die Anstalt wurde weiterhin intensiv erweitert.

Es entstanden neue Werkstätten für die Arbeitstherapie, die Gärtnerei und die Landbewirtschaftung. Mit Beginn des 1. Weltkriegs ging der bis dahin so zügige Aufschwung zurück. Die Versorgung der Kranken verschlechterte sich u. a. dadurch, dass Infektionskrankheiten zunahmen und die Versorgung der Kranken nicht mehr ausreichend gewährleistet war (Albrecht 2000, S. 18). Ebenso hat die Familienpflege während des Ersten Weltkrieges einen ungünstigen Rückgang erfahren (Albrecht 1921, S. 35). Erst nach Ende des 1. Weltkrieges erhöhte sich die Belegung und weitere Erweiterungen wurden ermöglicht. Im Jahr 1936 erfolgte die Einrichtung einer Spezialabteilung für Insulin- und Krampfbehandlungen (Albrecht 2000, S. 23). Als 1939 der 2. Weltkrieg ausbrach, erschwerte sich die Arbeit beträchtlich. Die Zahl der Kranken hatte nicht nur durch die Kriegsfolgen wie im Ersten Weltkrieg kontinuierlich abgenommen. Während des Nationalsozialismus kam es in der ehemaligen preußischen Provinz Pommern unter der Verantwortung des Oberpräsidenten und Gauleiters Franz Schwede-Coburg zu besonders radikalen Entwicklungen innerhalb der Anstaltspsychiatrie. Die Massenmorde an psychisch kranken und behinderten Menschen begannen früher als in anderen Teilen Deutschlands und waren regional verantwortlich. Dies lässt sich am Beispiel der Landesheilanstalt Ueckermünde auch für den Krankenmord an Kindern und Jugendlichen sowie die Krankenmorde in der zweiten Kriegshälfte nachweisen (vgl. Bernhardt und Dörner, 2013).

Von den zurückgebliebenen psychisch Kranken verblieben nur wenige bis zum Ende des Jahres 1945. Diese waren wegen der Einrichtung eines sog. Seuchenlazarettes evakuiert worden, da die meisten der Stationen für die Aufnahme von Patienten mit infektiösen Krankheiten bereitgestellt werden mussten. Erst nach Eindämmung der Epidemien mit Beginn des Jahres 1946 konnten wieder psychisch Kranke in zunehmender Zahl in dem jetzt in „Landesheil- und Pflegeanstalt Ueckermünde“ umbenannten und umprofilierten Krankenhaus aufgenommen werden (Schmitz 1974, S. 18). Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges begann eine neue Epoche im Gesundheitswesen (Winter 1980, S. 13) und somit auch in der Ueckermünder Anstaltsgeschichte. Neue Patienten wurden aufgenommen und bis zum Jahre 1949 hatte die Anstalt einen Bestand von 1000 Betten erreicht (Albrecht 2000, S. 26). Dazu gehörte auch die neurologische Abteilung mit der ehemaligen Insulintherapie-Abteilung. Außerdem gab es zwei Stationen für Pflegebedürftige und eine 40-Betten-Station mit Sonderschule für oligophrene, verhaltensgestörte Kinder (Schmitz 1974,

S. 19; Grossmann und Schmitz 1963, S. 447). Durch die neu festgelegte Umstrukturierung der Ländereinteilung erweiterte sich der Bereich für die psychiatrische Versorgung. Da die Anstalt in Stralsund überwiegend mit Tuberkulosepatienten belegt war, standen nur noch Rostock-Gehlsdorf und die Nervenlinik in Schwerin für die Aufnahme psychisch Kranker im Land Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung. Greifswald mit etwa 20 Betten blieb der Universität vorbehalten. Die vorgesetzte Dienststelle für das Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern befand sich in Schwerin (Albrecht 2000, S. 27).

Da die gesamte Anstalt während des Krieges und in der Nachkriegszeit stark vernachlässigt worden war, sollte eine grundlegende Renovierung durchgeführt werden. Fast alle Patienten wurden in andere Anstalten verlegt (Schmitz 1974, S. 20). Die in Ueckermünde verbliebenen Patienten und Patientinnen wurden als „Kolonie für psychisch Kranke“ betreut. Unter diesem Begriff fasste man diejenigen Patienten zusammen, die im Bereich des Wirtschaftshofes und der Gärtnerei eingesetzt wurden. Durch diese Kolonie sollte die Aufrechterhaltung der Landwirtschaft und der Viehhaltung des Wirtschaftshofes gewährleistet werden. (Albrecht 2000, S. 29). In den Jahren 1955-1958 wurden die Anstaltsgebäude von der Nationalen Volksarmee der DDR genutzt und zum Jahresende 1958 erfolgte dann die Rückgabe des gesamten Objektes an das Gesundheitswesen (Albrecht 2000, S. 30). So wurde im Jahr 1959 das Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie eröffnet und gleich mit 200 Patienten und Patientinnen gefüllt. Dazu zählten die aus Seewalde verlegten Patienten und die Patienten aus der „Kolonie für psychisch Kranke“. Zum Jahresende 1959 waren bereits 491 Betten belegt (Schmitz 1974, S. 21; Albrecht 2000, S. 32). Im Jahr 1960 verfügte das Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Ueckermünde über 547 Betten (Joschko 1974, S.2).



Quelle: Albrecht, H.-E. (2000): Das Krankenhaus am Rande der Stadt: Das Krankenhaus Ueckermünde an der Ravensteinstrasse im Wandel der Zeit von 1875 bis 2000. S.32.

Abb. 1 Lageplan des neu eröffneten Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie (1959)

Die Einrichtung wurde weiter vergrößert und im Jahr 1960 wurde das erste Gerät zur Hirnstrommessung in Betrieb genommen (Joschko 1974, S. 3). Der Ausbau der neurologischen Abteilung führte zur Krankenhausumbenennung im Jahre 1961 in „Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus“. Ab 1961 begann man schrittweise mit dem Aufbau eines eigenen Labors und bereits im Jahr 1962 wurde eine Röntgenabteilung im Haus 8 / Neurologie (heute Teil der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie) eingerichtet (Albrecht 2000, S. 34). Die zügige Entwicklung der neurologischen Abteilung und die damit verbundene Expandierung der diagnostischen Abteilung war mit einer erforderlichen Erweiterung der Räumlichkeiten verbunden (Joschko und Schulz 1974, S. 2). Die Krankenhausgebäude wurden um sogenannte „Typenhäuser“ erweitert, in welchen betriebsärztliche Sprechstunden und die Sprechstunde der Neuropsychiatrischen Kinder- und Jugendambulanz stattfanden. Ein Haus dieser Art wurde auch durch die Sonderschule genutzt (Albrecht 2000, S. 40). Im Jahr 1968 wurde das ehemalige Tbc-Heim Zarowmühl

in das Bezirkskrankenhaus eingegliedert und damit die Kapazität von 1100 Betten erreicht. Im Laufe des Jahres expandierte auch der somatische Bereich des Bezirkskrankenhauses in Ueckermünde und zwar sowohl die früher gegründeten Ableitungen wie Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie und Intensivmedizin als auch die neu eröffnete Gynäkologische Abteilung.

Am 15.04.1991 bestätigte das Sozialministerium der Landesregierung in Schwerin dem Bezirkskrankenhaus den Status eines „Landeskrankenhauses“. Damit gehörten die Mitarbeiter zum Gewerkschaftsbereich „Öffentlicher Dienst, Transport und Verkehr“ (Albrecht 2000, S. 63). Mit Übernahme des Landesfachkrankenhauses zum 1.07.1992 war die Christophorus-Krankenhaus g. GmbH Träger von zwei Krankenhäusern (vgl. Christophorus-Diakoniewerk g. GmbH 1998). Das Allgemeinkrankenhaus lag bei der Gerichtsstraße, das Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in der Ravensteinstraße. Die im Jahr 1994 begonnenen Baumaßnahmen hatten das Ziel, den Umzug des Krankenhauses aus der Gerichtsstraße in die Ravensteinstraße zu ermöglichen. Im Jahr 1998 wurde auf dem Gelände das Pflegeheim eröffnet, welches über 150 Plätze für Menschen mit geistiger und ggf. zusätzlicher anderer Behinderung verfügte. Kurz danach konnte die Fachklinik für forensische Psychiatrie mit 50 Behandlungsplätzen für psychisch kranke Straftäter ihre Tätigkeit beginnen (Christophorus-Diakoniewerk g. GmbH 1998, Christophorus-Diakoniewerk g. GmbH 2001). Im Jahre 2004 wurde das Ueckermünder Krankenhaus durch die AMEOS-Gruppe übernommen. Außer den bereits beschriebenen Abteilungen verfügt das AMEOS-Klinikum in Ueckermünde heutzutage über 217 Betten und 17 tagesklinische Plätze. Das Leistungsspektrum vor Ort umfasst aktuell die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Geriatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (vgl. AMEOS Klinikum Ueckermünde).

1.2.2 Kinderbehandlung in Ueckermünde – Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde

Obwohl die erste Kinderstation in den Jahren 1933/1934 eingerichtet wurde, reichen die Angaben zur Behandlung von Kindern schon bis ins Jahr 1899 zurück. Ohne nähere Angaben zu den Störungsbildern befanden sich zum damaligen Zeitpunkt 3

Kinder in stationärer Behandlung (vgl. Freitag 1996). Über die folgenden Jahrzehnte gab es keine Angaben zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Ueckermünder Anstalt. In einem Zeitungsartikel wurde beschrieben: „Am 13. Oktober 1926 ermordet ein 14-jähriger in Oranienburg drei Menschen“. In der Wohnung, dem Tatort, wurde eine Kiste mit einem Brief von der Mutter an den Täter gefunden. Der wurde an die Provinzial-Heilanstalt in Ueckermünde adressiert (Stark 1926). So gibt es Hinweise darauf, dass dort Kinder und Jugendliche bereits vor der offiziellen Eröffnung der Kinderstation im Jahre 1933/1934 behandelt wurden. Zu diesem Zeitpunkt war die Kinderstation im Haus 6 für etwa 40 Patienten und Patientinnen von sechs Jahren und älter eingerichtet (Albrecht 2000, S. 22). Diese „bildungsunfähigen Kinder“ wurden aus den Anstalten Lauenburg und Treptow/Rega nach Ueckermünde verlegt. Da diese Einrichtungen während des Zweiten Weltkrieges in Kasernen umgewandelt wurden, war die Ueckermünder Anstalt kontinuierlich überbelegt (Schmitz 1974, S. 18). Mit Beginn des Krieges begann auch die Erfassung und Aussonderung der als „lebensunwert“ klassifizierten Kinder und Jugendlichen (Haack und Kumbier 2015, S. 355). In diesen Kriegsjahren wurden im Rahmen der „Aktion T4“ zunächst die Patienten und Patientinnen aus der Ueckermünder Anstalt zur „Sonderbehandlung“ in andere Einrichtungen verlegt (Albrecht 2000, S. 23). Eine „Kinderfachabteilung“ wurde in der Ueckermünder Heil- und Pflegeanstalt im Jahr 1943 eingerichtet (Haack und Kumbier 2013, S. 13). Die genaue Analyse der Patientenakten ergab verschiedene Todesursachen, darunter „Entkräftung“, „Erschöpfung“, „Erschöpfung nach starker Erregung“ bzw. „Endzustand bei Epilepsie“. Insgesamt wurden in Ueckermünde im Rahmen der T4- Aktion mindestens 322 Kinder und Jugendliche ermordet. Die hohe Tuberkulosezahlen (53 Kinder) wiesen auf schlechte Lebensbedingungen in der sog. Kinderfachabteilung hin (Lehmkuhl und Lehmkuhl 2013, S. 7). Die meisten Stationen mussten für Aufnahmen der Infektionserkrankten dienen. Im letzten Kriegsjahr diente das Pensionshaus, Haus 17, das heutige Verwaltungsgebäude, zur Evakuierung eines Kinderheimes. Erst nach Eindämmung der Epidemien (1946) konnten die psychisch Kranken in die „Landesheil- und Pflegeanstalt“ wieder aufgenommen werden (Schmitz 1974, S. 18). Mit Beginn der „neuen Epoche“ im Gesundheitswesen und mit der Weiterentwicklung der Anstalt wurden im Jahre 1949 zwei Stationen für pflegebedürftige und eine 40-Betten-Station für oligophrene verhaltensgestörte Kinder eingerichtet und damit die kinderpsychiatrische Abteilung neu geschaffen.

Die Versorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen erreichte mit Beginn der 50er Jahre eine neue Form. Im Jahr 1956 übernahm Herr Dr. Willi Schmitz die Stelle des Ärztlichen Leiters und gleichzeitig die Leitung der kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstellen in den Kreisstädten Anklam, Ueckermünde und Pasewalk (Albrecht 2000, S. 31). Dr. Schmitz, der im Jahr 1971 für seine besondere Leistungen den Ehrentitel „Verdienter Arzt des Volkes“ erhielt, übernahm mit Neueröffnung des Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie im Januar 1959 die Leitung. Seine Lebensaufgabe sah er in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der damit im Zusammenhang stehenden Sonderschulpädagogik (Albrecht 2000, S. 31). Ende 1950 konnte das ehemalige Heim für psychopatische Kinder in Seewalde übernommen werden. Dieses wurde als Schulheim für oligophrene verhaltensgestörte Kinder mit 120 Plätzen und Sonderschule eingerichtet und der kinderpsychiatrischen Abteilung angegliedert (Schmitz 1974, S. 19). Eine weitere Bettenbelegung erfolgte durch die Patienten aus dieser Region (Albrecht 2000, S. 32). Vom 1.8.1959 bis zum 31.7.1960 wurden 326 Kinder und Jugendliche stationär aufgenommen, darunter befanden sich sowohl die Daueraufnahmen als auch Aufnahmen zur kurzfristigen Untersuchung bzw. Behandlung (Grossmann und Schmitz 1961, S. 715). Etwa die Hälfte der aufgenommenen Patientinnen und Patienten wurde bei der Aufnahme als „bildungsunfähig“ bezeichnet. Eine Zeitzeugin berichtete, dass im Jahr 1960 die Kinder und Jugendlichen auf insgesamt 10 Stationen verteilt waren. Die Station 10 war eine Station für männliche Patienten. Nur weibliche Patientinnen waren auf den Stationen 12 und 17 untergebracht. Auf den weiteren Stationen 7b, 9 (a und b), 13b und 14 (a, b und c) waren sowohl Jungen als auch Mädchen nach Störungsbildern aufgeteilt. Vor allem handelte es sich um Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung verschiedenen Grades.

Mit der Verordnung über die Errichtung jugendpsychiatrischer Beratungsstellen (Verordnungsblatt vom 29.5.1954) wurde die Fürsorge für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geregelt (Schmitz 1957, S. 1400). Im Jahr 1955 entstanden damit die ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstellen in den Kreisen Anklam und Ueckermünde, später auch in den Kreisen Pasewalk und Strasburg (Schmitz 1958, S. 259). Im Jahr 1960 betrieb das Bezirkskrankenhaus Ueckermünde über vier Beratungsstellen mit angeschlossener Erziehungsberatung, in denen zwei Ärzte und eine Diplom-Psychologin arbeiteten. Die Koordinierung der Arbeit in allen vier Kreisen

geschah von Ueckermünde aus, während die Stellenbesetzung der Abteilung Gesundheitswesen bzw. dem Jugendgesundheitsschutz den einzelnen Kreisen überlassen blieb. Die organisatorische Arbeit für das jeweilige Kreisgebiet lag im Aufgabenkreis der damaligen sogenannten Fürsorgerinnen. Sie bereiteten Sprechstunden vor, lud die Kinder mit Bezugspersonen zu Sprechtagen ein und besorgte alle anamnestisch wichtigen Informationen. Die Fürsorgerinnen hielten ebenfalls Verbindung zu allen für die Kinder wichtigen Institutionen, wie den Abteilungen Volksbildung, Jugendhilfe, Sozialversicherung sowie Arbeits- und Berufsausbildung (Schmitz 1960, S. 2170).

Einweisungsbezirk für das Bezirkskrankenhaus Ueckermünde war der gesamte Bezirk Neubrandenburg (der über eine eigene Beratungsstelle verfügte), insbesondere die Kreise Strasburg, Pasewalk, Ueckermünde und Anklam (Schmitz 1960, S. 2171).

In den siebziger und achtziger Jahren war das Bezirkskrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Ueckermünde die einzige stationäre psychiatrische Einrichtung im Bezirk Neubrandenburg. In diesem Einzugsgebiet arbeiteten lediglich sieben Nervenärzte. Die für diesen Sektor zuständige Universitätsnervenklinik Greifswald war fast ausschließlich körpermedizinisch orientiert und der Epilepsieforschung verpflichtet. Das Bezirkskrankenhaus Ueckermünde war überfüllt (Eichhorn 1990, S. 171). In seinem Artikel zitierte Eichhorn (1990) das Buch „Aus dem Tagebuch eines Erziehers“, in dem Volker Keßling seinen Besuch in Ueckermünde beschrieb. Seine Erfahrungen vom Ende der 70er Jahre und der Situation der etwa 500 geistig behinderten Patientinnen und Patienten aller Schweregrade wurden als dramatisch beschrieben. Die Stationen wurden geschlossen geführt, „Zwischenfällen“ jeder Art (Entweichungen, Suizidversuche, Verletzungen u. a.) wurde mit Disziplinarmaßnahmen begegnet. Wenn die Netze zur „Befriedung“ sich nicht ausreichend zeigten, kamen Käfige zur Anwendung. Als Dr. Hans Eichhorn am 2. Januar 1981 als Ärztlicher Direktor die Leitung des Neuropsychiatrischen Bezirkskrankenhauses Ueckermünde übernahm, wurde die Umstrukturierung der Kinderabteilung initiiert und eine damit verbundene „Entlassungsaktion“ der minderjährigen Patientinnen und Patienten durchgeführt (Albrecht 2000, S. 51). Noch im Juli 1981 wurden rund 150 Kinder, die nicht pflegebedürftig waren, entlassen (Eichhorn 1990, S. 174). Die meisten Patienten, welche Familienkontakte hatten, sind nach Hause entlassen worden, für 20 Kinder und Jugendliche musste eine

Unterbringung in Heimen organisiert werden (Albrecht 2000, S. 52). Ab dem Jahr 1983 wurden die Stationen offen geführt und mit beiden Geschlechtern belegt. Die Netze, Elektrokrampftherapie und sonstige Restriktionen wurden abgeschafft (Eichhorn 1990, S. 175). Diese Veränderungen wurden zunächst diskutiert und mussten einen großen Widerstand von Seiten der Befürworter überwinden. Sie brachten zwar in die Einrichtung selbst Optimismus und Erleichterung, aber in der Öffentlichkeit, insbesondere bei den gesundheitspolitischen und staatlichen Instanzen, machte sich Unruhe breit. Die Entlassungsaktion nicht mehr stationär betreuungsbedürftiger Kinder führte zu Veränderungen in dem Betreuungsprofil der Kinder und Jugendlichen. Die Rekonstruktion der Station wurde zum Ende des Jahres 1982 beendet und an einem „Tag der offenen Tür“ im Dezember desselben Jahres konnte die neu gestaltete Kinderstation im Haus 9 besichtigt werden (Albrecht 2000, S. 55). Seit diesem Zeitpunkt wurden die Kinder in Ueckermünde auf zwei Stationen (Haus 9 und 10) betreut.

Im Jahr 2007 erfolgte die letzte Umstrukturierung und nach der Renovierung stand Haus 8 für die kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zur Verfügung. Die sog. Therapiestation im Haus 9, die der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit allen psychiatrischen Störungsbildern diente, konnte in das frisch renovierte Gebäude Haus 8 umziehen. Die Station 10 blieb erhalten.

I.2.3 Derzeitige Struktur der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Ueckermünde

Das Aufgabengebiet der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Ueckermünde umfasst die Diagnostik und Behandlung von psychischen, psychosomatischen, neurologischen und entwicklungsbedingten Erkrankungen und Störungen im sozialen und emotionalen Verhaltensbereich bei Kindern und Jugendlichen. Aktuell verfügt die Klinik über 31 vollstationäre Behandlungsplätze für ein- bis einschließlich siebzehnjährige Patienten und Patientinnen, die auf zwei Stationen in fünf Behandlungsgruppen betreut werden. Auf der Station 10 werden Kleinkinder bis zum Vorschulalter und frühen Grundschulalter aufgenommen und in zwei Gruppen, jeweils mit bis zu sechs Patienten und Patientinnen, betreut. Die Klinik legt besonderen Wert auf die Möglichkeit der

Mitaufnahme der erwachsenen Bezugspersonen mit der Zielstellung einer Eltern-Kind-Interaktionstherapie. Die Eltern werden in das komplex-therapeutische Setting integriert und erhalten zusätzlich eine engmaschige Begleitung im Alltag. Auf der Station 8 werden Kinder und Jugendliche versorgt, die nach Alter und Entwicklungsstand bzw. Störungsbild in drei Gruppen verteilt werden. Auf dieser Station besteht fakultativ auch die Möglichkeit einer geschlossenen Unterbringung der Patienten und Patientinnen mit gerichtlichem Beschluss. Ebenso steht ein tagesstationärer Behandlungsplatz zur Verfügung. Auf den Stationen werden die Kinder und Jugendlichen durch multiprofessionelle Teams betreut, welche sich aus Ärzten, Psychologen, Diplom-, Heil- und Sozialpädagogen, Ergo-, Musik- und Bewegungstherapeuten, Logopäden, dem Pflege- und Erziehungsdienst sowie Lehrern zusammensetzen. Die an die Klinik angebundene kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz befindet sich an zwei Standorten, Ueckermünde und Anklam, und betreut die Patienten auch außerhalb des Einzugsgebietes. Dort werden auch Kinder und Jugendliche mit Epilepsie ambulant betreut.

Das Konzept der Klinik basiert auf verschiedenen psychotherapeutischen Schulen. Dies ermöglicht eine störungsbildspezifische Behandlung. Der stationäre Alltag ist auf ein verhaltenstherapeutisches Verstärkersystem aufgebaut, welches durch familientherapeutische und tiefenpsychologisch orientierte Therapien erweitert wird. Das komplex-therapeutische Setting besteht weiterhin aus folgenden Therapieangeboten:

- Entspannungstherapie, Snoezelen
- Hypnose,
- Gruppentherapeutische Angebote
- Heilpädagogische Behandlung
- Logopädische Behandlung
- Sozialpädagogische Förderung
- Bewegungstherapie
- Musiktherapie
- Ergotherapie
- Spieltherapie, Sandspieltherapie
- Tiergestützte Therapien
- Euthyme Therapien

- Eltern-Kind-Therapie
- Pharmakotherapie
- Neurofeedback

Parallel dazu werden die Kinder und Jugendlichen in der Klinikschule unterrichtet.

Das Einzugsgebiet der Ueckermünder Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst ganz Vorpommern, ausschließlich Patienten der Stadt Greifswald. Das Einzugsgebiet umfasst somit etwa 250.000 Kinder und Jugendliche.

I.3 Anliegen dieser Arbeit

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 17. Juli 2015 erfolgte eine Forschungsarbeit zur Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. in Psychiatrien Leid und Unrecht erfahren haben.

Die im Mai 2016 erstellte Studie hat die möglichst genaue Schätzung der Anzahl Betroffener zum Ziel, um die Vorbereitung und Ausgestaltung eines möglichen Hilfesystems zu initiieren (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Die zusammengestellten Schätzungen erfolgten sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, auf bestimmte Einrichtungen bezogen. Sie orientierten sich eher an Einrichtungstypisierungen, Prävalenzschätzungen, Bevölkerungsstatistiken und epidemiologischen Hochrechnungen, die unter Bezug auf den statistischen Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe vorgenommen wurden. Dieser Forschungsbericht regte zu weiteren Untersuchungen an, die durch Bezug auf kleinere Patientenzahlen mehr Informationen zur Geschichte der Patientenbehandlung und Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aussagekräftiger sein können. Die durch Frau Mai durchgeführte Untersuchung an der Universitätsklinik Rostock nutzte die guten Quellen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel der KJPP Rostock aus dem Jahr 1960 (vgl. Mai 2016).

Anliegen dieser Arbeit ist eine Analyse der Klientel und deren Versorgung in dem Bezirkskrankenhaus Ueckermünde im Jahr 1960 sowie eine Vergleichsanalyse zwischen der Versorgung der Patienten in einer Universitätsklinik (Rostock) und einem Kommunalkrankenhaus (dem Bezirkskrankenhaus Ueckermünde).

Diesbezüglich sollen folgende Fragen zur Behandlung in der Ueckermünder Klinik gestellt werden:

- Welche Diagnosen wurden am Häufigsten vergeben?
- Wie häufig und bei welchen Störungsbildern wurde eine psychopharmakologische Behandlung angeordnet? Welche Arzneimittel kamen zum Einsatz?
- Waren die stationären Aufenthalte mit Behandlungserfolgen verbunden?
- Wie lange dauerten die stationären Behandlungen?
- Wie sah die Kooperation der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde mit der Jugendhilfe im Jahr 1960 aus? Gibt es deutliche Unterschiede zur Universitätsklinik Rostock?
- Wie häufig erfolgten Heimeinweisungen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung?
- Durch welche Instanzen wurde die Nachbetreuung übernommen?
- Haben ungünstige Milieubedingungen häufig bei den Heimeinweisungen eine Rolle gespielt?
- War die Fremdunterbringung vom Intelligenzniveau der Patienten und Patientinnen abhängig?
- Gab es einen Zusammenhang zwischen den Störungen der Kinder und Jugendlichen und der beruflichen Ausbildung der Eltern bzw. zwischen der schulischen Bildung und Schädigungen im Milieu?

I.4 Hypothesen dieser Arbeit

- Die Kooperation der Institutionen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe war aufgrund der kurzen Bestandszeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der auf ein Minimum reduzierten Jugendhilfe in den Jahren 1959-1961 eher gering.
- Verhaltensauffälligkeiten nahmen einen geringen Stellenwert im Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein.
- Aufgrund des Fehlens eines spezifischen Klassifikationsschemas für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren Diagnosen pauschalisiert. Erziehungsschwierigkeiten verdeckten oftmals Traumatisierungen.
- Stationäre Aufenthalte haben lange gedauert und waren selten von Erfolg gekrönt.
- Verlegungen aus der Klinik in die Heimeinrichtungen wurden aufgrund der desolaten Lage der Jugendhilfe, insbesondere der mangelnden pädagogischen Ausbildung des Heimpersonals, 1960 vermieden.
- Schwererziehbare Kinder wurden eher in dafür vorgesehenen Heimen untergebracht, als in der Klinik behandelt.
- Die Veränderungen bezüglich Struktur und Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe beeinflussten im Laufe der Zeit die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Heimeinweisungen gingen oft einher mit ungünstigen Milieubedingungen in den Herkunftsfamilien.
- Sowohl gesellschaftliche, als auch medizinische Veränderungen prägten das Patientengut der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Fehlende Versorgungsstrukturen spiegelten sich in Ueckermünde noch mehr als an der Universität Rostock im Klientel wider.

II Methode

II.1 Definition der zu untersuchenden Klientel und des Untersuchungszeitraums

Alle im Jahr 1960 stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ueckermünde wurden untersucht und analysiert und mit Evaluationsergebnissen des Jahrgangs 1960 aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock verglichen. In der Rostocker Arbeit wurden 170 Patientenakten untersucht (vgl. Mai 2016). In Ueckermünde konnten nur 60 Akten von Patienten und Patientinnen, die stationär im Jahr 1960 aufgenommen worden sind (darunter 37 Patienten und 23 Patientinnen), aufgefunden werden. Um eine repräsentative Stichprobe zu erreichen, wurde die zu untersuchende Gruppe um stationäre Aufnahmen aus den Jahren 1959 und 1961 erweitert. Es wurden 21 Patientenakten aus dem Jahr 1959 (14 weibliche und 7 männliche) und 27 aus dem Jahr 1961 (20 männlich und 7 weiblich) untersucht.

Die gesamte Untersuchung erfasste 108 Patienten, welche in den Jahren 1959-1961 zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in Ueckermünde aufgenommen worden waren. Aus den Akten geht hervor, dass die Patienten und Patientinnen auf insgesamt 10 Stationen aufgeteilt waren.

II.2 Erfasste Merkmale

Patientendaten:

- Geschlecht
- Alter
- Gruppe (Fremdplatzierung)

Klinische Daten:

- Diagnose
- Behandlungserfolg
- Wiederholung der Behandlung
- Aufnahmesymptomatik
- Suizidversuch während des Aufenthaltes

- Substanzmissbrauch während des Aufenthaltes
- Geburtskomplikationen
- Entwicklungsrückstände
- Intelligenzquotient
- EEG-Befund
- Medikamentengabe
- Symptome dissozialen Verhaltens

Familiäre Situation:

- Familiärer Hintergrund
- Schulbildung Mutter/ Vater
- Berufliche Ausbildung Mutter/ Vater
- Berufstätigkeit Mutter/ Vater
- bekannte psychiatrische Erkrankungen der Eltern
- Substanzmissbrauch der Eltern
- Milieu
- Anzahl der Geschwister
- Stellung in der Geschwisterreihenfolge
- Misshandlung durch die Eltern (körperliche Gewalt/ Vernachlässigung)

Versorgungsstruktur:

- einweisende Instanz
- weiterführende Instanz
- Übergang vom Heim in die Klinik
- Überweisung von der Klinik in ein Heim

II.3 Auswertung der Daten

II.3.1 Datenerhebung

Es erfolgte eine ausführliche Anamnesezusammenstellung und klinische Untersuchung der Patienten mittels eines Aufnahmebogens, der für die Entstehung dieser Dissertation erarbeitet wurde (siehe Abb. 2). Die Daten wurden aus den Patientenakten erhoben. Es handelte sich um die Akten der Patienten, die in den Jahren 1959, 1960 und 1961 in der kinderneuropsychiatrischen Abteilung in Ueckermünde aufgenommen wurden. Das Aufnahmegespräch wurde jeweils vom

Stationsarzt durchgeführt und Daten über soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, usw.) erfasst. Am Aufnahmetag erfolgte eine ärztliche Untersuchung mit Erhebung des somatischen, neurologischen und psychischen Status. Eine Anamneseerhebung erfolgte zusätzlich über die Jugendfürsorge.

• Fallkürzel:	• Geschlecht:	• Alter:
• Gruppe: FP* erfolgte/ FP empfohlen/ FP geplant/ keine FP aber Jugendhilfe bekannt		
• Diagnose:		
• Aufenthaltsdauer: (A-E)		• Behandlungserfolg:
• Wiederholung der Behandlung:	• Aufnahmesymptomatik: (ausgeprägt/ mild)	• Suizidversuch:
• Geburtskomplikationen:	• Entwicklungsrückstände: Sprache/ Motorik/ Sauberkeit/ Leistung	
• Intelligenzquotient:	• EEG- Befund:	• Medikamentengabe:
• Sonstige Symptome: Aggression/ Unruhe/ Konzentration/ Stehlen/ Weitere		
• Familiäre Situation:		
a) Familiärer Hintergrund:		
b) Schulbildung:	KM:	KV:
c) Ausbildung:	KM:	KV:
d) Berufstätigkeit:	KM:	KV:
e) Psych. Erkrankung:	KM:	KV:
f) Substanzmissbrauch:	KM:	KV:
g) Milieu (geschädigt/ ausreichend)	h) Anzahl der Geschwister: davon im Heim:	
i) Stellung in Geschwisterreihenfolge:	j) Misshandlung durch die Eltern :	
• Versorgungsstruktur:		
• Einweisende Instanz:	• Weiterführende Instanz:	
• Übergang vom Heim in die Klinik:	• Überweisung von der Klinik in ein Heim:	

*FP = Fremdplatzierung

Abb. 2 Formular zur Datenverarbeitung

II.3.2 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit den Programmen IBM SPSS Version 20 (Fa. SPSS Inc., Chicago, IL, USA) und Microsoft Excel durchgeführt. Es wurden das arithmetische Mittel, die Standardabweichung und die Spannweite berechnet. Mithilfe des Shapiro-Wilk-Testes und des Kolmogorov-Smirnov-Tests wurden die Voraussetzungen der Normalverteilung überprüft. Es wurde der Chi-Quadrat-Unabhängigkeit-Test bzw. bei einem 2*2-Design der Exakte Test nach Fisher eingesetzt, um die Verteilung einzelner Merkmale zwischen zwei künstlich dichotomisierten Variablen bzw. natürlich dichotomisierten Variablen zu untersuchen.

Die Ergebnisse wurden bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0.05$ als signifikant bewertet.

Einfaktorielle bzw. mehrfaktorielle ANOVA ist eine Varianzanalyse zur Testung mehrerer unabhängiger kategorialer Variablen bei abhängigen metrischen Variablen. Darauf aufbauend wurden für die Testung normalverteilter Variablen anschließend t -Tests durchgeführt. Der Levene-Test wird außerdem durchgeführt, um die Varianzhomogenität zur Verwendung des t -Tests für unabhängige Stichproben zu klären. Bei einem signifikanten Ergebnis wird dann der Welch-Test durchgeführt.

Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest wird bei nominalen Daten zur Überprüfung der statistischen Unabhängigkeit verwendet. Der Exakte Test nach Fisher wird bei einem 2*2-Design angewendet, wenn die Voraussetzungen der ausreichend großen Stichprobe in jeder Kategorie mit mindestens 5 erfüllt ist.

III Ergebnisse

III.1 Gesamtklientel mit psychiatrischer Diagnose

Es wurden in den Jahren 1959, 1960 und 1961 insgesamt 108 Kinder und Jugendliche in Ueckermünde aufgenommen, davon 54 Kinder und Jugendliche mit nur einer Hauptdiagnose, 48 mit zwei und 6 mit drei Aufnahmediagnosen. Bei 38 Patienten wurde eine nicht-psychiatrische Diagnose als Erstdiagnose gestellt, davon bei 18 als einzelne Erstdiagnose. Insgesamt 7 Kinder wurden zweimal aufgenommen und 1 Kind dreimalig, jeweils mit gleicher Aufnahmediagnose.

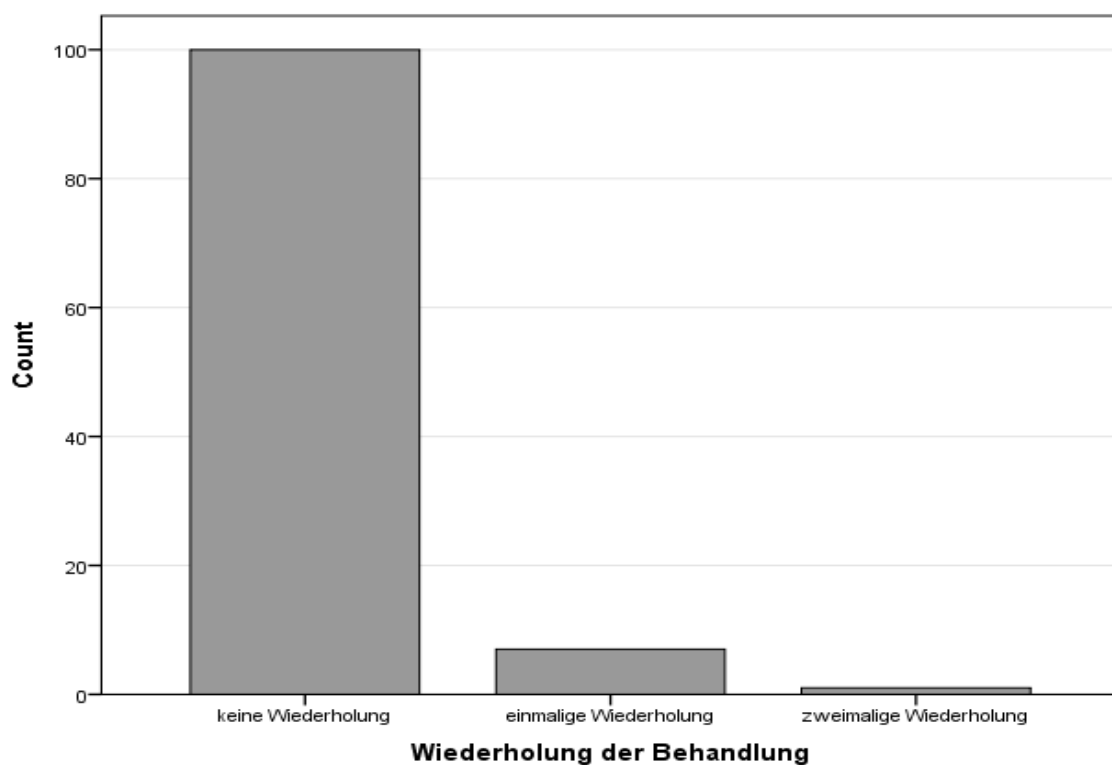


Abb. 3 Wiederholung der Behandlung bei den Patienten in Ueckermünde in den Jahren 1959-1961

III.2 Die Gruppen

Die Patienten wurden vier folgenden Kategorien zugeordnet: „Fremdplatzierung erfolgte“, „Fremdplatzierung empfohlen/ geplant“, „Keine Fremdplatzierung aber Jugendhilfe bekannt“ und „Keine Fremdplatzierung“. Fremdplatzierung erfolgte in 33 Fällen (30,55%), bei 15 Patienten (13,89%) wurde sie unmittelbar nach dem stationären Aufenthalt organisiert. Bei 21,30% ($n=23$) der Patienten kam es zu keiner Fremdplatzierung, aber Jugendhilfe war bekannt. 34,26% ($n=37$) der Patienten sind der Gruppe „Keine Fremdplatzierung“ zugeordnet worden.

III.3 Personendaten

III.3.1 Geschlechter

Die Verteilung des Geschlechts zeigte sich relativ ausgeglichen. Unter allen Patienten waren 50,9% ($n=55$) weiblich und 49,1 % männlich ($n=53$). Insgesamt befanden sich 37 Kinder (34,3%) in der Gruppe „Keine Fremdplatzierung“, davon 19 Mädchen (51,35%) und 18 Jungen (48,65 %).

Fremdplatzierung ist nach dem Exakten Test nach Fisher vom Geschlecht unabhängig, $\chi^2 = 0.004$, $df = 1$, $p > 0.05$.

III.3.2 Alter

Der jüngste Patient war bei der Aufnahme 1 Jahr und 3 Monate, der Älteste 15 Jahre und 11 Monate alt. Im Mittel waren die Kinder 7;7 Jahre alt. Das Mittel bei Mädchen lag bei 7;5, das der Jungen bei 7;9 Jahren. Das Alter unterscheidet sich nach einfaktorieller ANOVA nicht signifikant vom Geschlecht ($F(1,107) = 0.485$, $p > 0.05$).

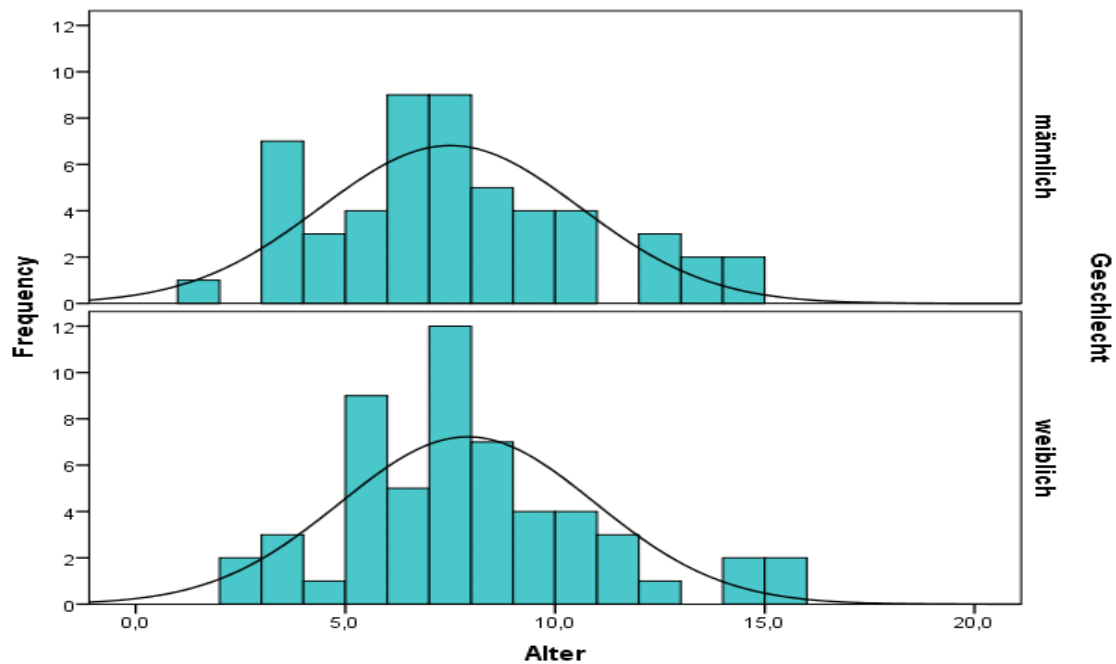


Abb. 4 Verteilung der Patienten in Altersgruppen nach Geschlecht

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen Alter und Fremdplatzierung bzw. jugendamtlicher Unterstützung nach der Entlassung untersucht.

Die Patienten, bei denen Fremdplatzierung erfolgte, bzw. „Fremdplatzierung empfohlen/ geplant“ war bzw. Jugendhilfe bereits initiiert worden war, wurden in einer Gruppe von $n=71$ Patienten und Patientinnen zusammengefasst. Die Klienten und Klientinnen aus dieser Gruppe waren im Durchschnitt 8;7 Jahre alt. Die Gruppe der Patienten, die weder fremdplatziert wurden, noch Hilfen zur Erziehung hatten, umfasste insgesamt 37. Das mittlere Alter dieser Patienten und Patientinnen lag bei 7;2 Jahren.

Das Alter zeigte sich im Zusammenhang abhängig davon, ob jugendamtliche Unterstützung vorlag, $F(1,107) = 5.92$, $p < 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

Unter 33 Patienten und Patientinnen, bei denen Fremdplatzierung erfolgte, lag das Durchschnittsalter bei 6;0 Jahren. Die nicht fremdplatzierten Patienten und Patientinnen waren im Mittel 8;5 Jahre alt. Das Alter der Patienten unterschied sich signifikant in den Gruppen, ob eine Fremdplatzierung erfolgte, $F(1,107) = 16.621$, $p < 0.05$ (nach einfaktorieller ANOVA).

Das Durchschnittsalter der Patienten, bei denen Fremdplatzierung empfohlen worden

war ($n=15$), lag bei 8;6 Jahren. Es gab keine signifikante Abhängigkeit zwischen dem Alter und den Gruppen der Patienten, bei denen Fremdplatzierung empfohlen wurde, $F(1,107) = 1.408$, $p > 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

Tab.1 Übersicht über das Alter der Patienten und Patientinnen und Nutzung von Hilfen zur Erziehung

Form der Hilfe	Fremdplatzierung erfolgte	Keine Fremdplatzierung aber Hilfen zur Erziehung initiiert bzw. empfohlen	Keine Fremdplatzierung	Fremdplatzierung empfohlen
Patientenanzahl	n=33	n=23	n=37	n=15
Durchschnittsalter	6;0	8;7	7;2	8;6

III.3.2.1 Altersgruppen

Zur besseren Übersicht wurde das Patientenkollektiv in Altersgruppen differenziert. Dabei ergaben sich folgende Häufigkeiten: 60% der Patienten und Patientinnen waren zwischen 0 und 7 Jahren alt ($n=65$), gefolgt von der Altersgruppe 8 bis 10 Jahre, welche einen Anteil von 26% ($n=28$) ausmachte. Je höher das Alter, desto weniger Patienten der jeweiligen Altersgruppe wurden aufgenommen. Zwischen 11 und 13 Jahren waren insgesamt 9 Kinder und Jugendliche, also 8,4%. 5,6% ($n=6$) der Gesamtklientel waren zwischen 14 und 16 Jahren alt.

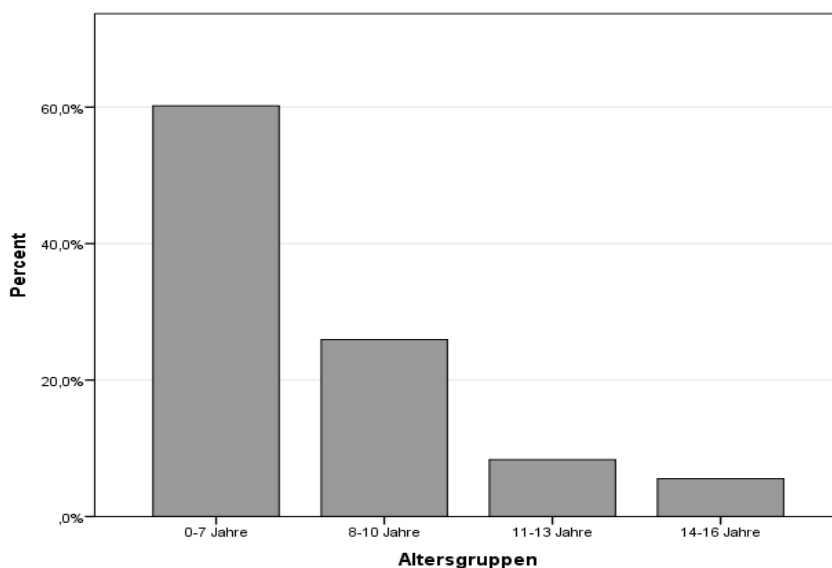


Abb. 5 Verteilung der Patienten in Altersgruppen

III.4 Klinische Daten

III.4.1 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer betrug minimal 6, maximal 6414 Tage (17 Jahre, 6 Monate und 23 Tage). Im Mittel befanden sich die Patienten 1264,5 Tage stationär. Mädchen befanden sich im Mittel 1236,55 Tage und Jungen 1293,51 Tage in stationärer Behandlung. Die Aufenthaltsdauer unterschied sich nach einfaktorieller ANOVA nicht signifikant bei den weiblichen und männlichen Patienten $F(1,107) = 0.043$, $p > 0.05$.

Die Aufenthaltsdauer unterschied sich signifikant allerdings davon, ob eine Fremdplatzierung erfolgte bzw. initiiert wurde, $F(1,107) = 9.977$, $p < 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA. Kinder und Jugendliche bei deren Fremdplatzierung erfolgte, empfohlen bzw. unmittelbar nach der Entlassung initiiert wurde blieben im Mittel 1864,73 Tage in stationärer Behandlung, wohingegen nicht-fremdplatzierte Kinder 1000,40 Tage behandelt wurden.

Es gab keinen Zusammenhang in den Gruppen der Patienten und Patientinnen, bei denen eine Fremdplatzierung empfohlen wurde (Mittel 998,93 Tage) und bei denen die Neuverortung nicht thematisiert wurde (Mittel 1307,33 Tage), $F(1,107) = 0.603$, $p > 0.05$ (nach einfaktorieller ANOVA).

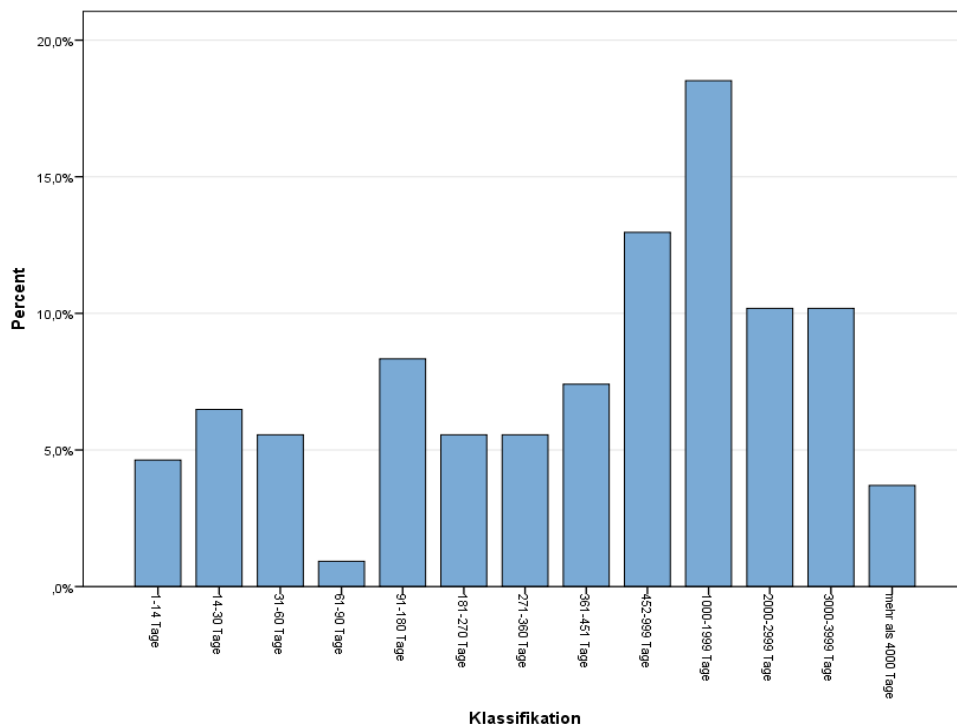


Abb. 6 Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer

III.4.1.1 Aufenthaltsdauer und Entwicklungsverzögerungen

Entwicklungsverzögerungen wurden durch den Verfasser dieser Arbeit in vier Kategorien klassifiziert: Entwicklungsrückstand der Sprache, der Motorik, der Sauberkeit und der Leistung.

Der überwiegende Anteil (89,9%; $n=96$) der Kinder und Jugendlichen wies Entwicklungsrückstände in diversen Bereichen auf. Der größte Anteil war im Bereich der Motorik retardiert (57,4%; $n=62$), Retardierungen im Bereich der Sprache wurden bei 47,2% der Patienten ($n=51$) beschrieben, Leistungsrückstand bei 38,9% ($n=42$) der Patienten und Patientinnen festgestellt, während eine verzögerte Sauberkeitsentwicklung nur bei 24,1% ($n=26$) vorlag.

Patienten und Patientinnen mit motorischen Entwicklungsverzögerungen waren im Mittel 1307,71 Tage stationär, Patienten ohne Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung blieben 1206,26 Tage stationär. Die Aufenthaltsdauer war vom Entwicklungsrückstand der Motorik nach einfaktorieller ANOVA statistisch unabhängig ($F(1,107) = 0.133, p > 0.05$).

Patienten und Patientinnen mit Sprachentwicklungsverzögerung waren im Mittel 1592,18 Tage stationär, Patienten und Patientinnen ohne Sprachentwicklungsrückstand etwa 971,32 Tage. Die Aufenthaltsdauer zeigte sich abhängig vom Entwicklungsrückstand der Sprache, $F(1,107) = 5.321, p < 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

Patienten und Patientinnen mit Leistungsverzögerung waren im Mittel 1142,43 Tage in Behandlung. Kinder, die keine Verzögerungen in diesem Bereich zeigten ($n=66$) wurden im Mittel 1342,43 Tage stationär behandelt. Die Aufenthaltsdauer zeigte sich nach einfaktorieller ANOVA unabhängig davon, ob eine Leistungsverzögerung vorlag oder nicht ($F(1,107) = 0.053, p > 0.05$).

Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsverzögerung der Sauberkeit waren im Mittel 1635,92 Tage stationär, Patienten und Patientinnen ohne Sauberkeitsentwicklungsrückstand blieben 1146,73 Tage stationär. Die Aufenthaltsdauer zeigte sich unabhängig vom Entwicklungsrückstand der Sauberkeitserziehung, $F(1,107) = 2.358, p > 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

III.4.1.2 Aufenthaltsdauer und Aufnahmesymptomatik

Die Ausprägung der Symptomatik bei der Aufnahme hatte einen signifikanten Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. Die Patienten und Patientinnen mit ausgeprägter Symptomatik ($n=72$) blieben im Mittel 1460,92 Tage in stationärer Behandlung, die bei denen die Symptomatik als mild beschrieben wurde, etwa 871,67 Tage. $F(1,107) = 4.232, p < 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

III.4.1.3 Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit vom Alter

Tab. 2 Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer in Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	Aufenthaltsdauer in Tagen
0-7 Jahre	65	1556,49
8-10 Jahre	28	987,11
11-13 Jahre	9	728,33
14-16 Jahre	6	200,0

Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Altersgruppe 0-7 Jahre ($n=65$) betrug 1556,49 Tage, in der Gruppe 8-10 Jahre ($n=28$) 987,11 Tage, in der Gruppe 11-13 Jahre ($n=9$) 728,33 Tage und in der Gruppe 14-16 Jahre ($n=6$) etwa 200 Tage.

Die Aufenthaltsdauer nahm mit zunehmendem Alter ab.

III.4.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg

Der Behandlungserfolg wurde in mehreren Kategorien unterschieden. Bei 57 Patienten wurde ein deutlicher Behandlungserfolg beschrieben, bei 20 Patienten gab es keinen Behandlungserfolg (siehe III.4.9). Der Behandlungserfolg wurde subjektiv vom behandelnden Arzt eingeschätzt und in der jeweiligen Patientenakte vermerkt. Patienten

mit Behandlungserfolg blieben ungefähr 1239 Tage stationär, Patienten ohne Erfolg etwa 2117 Tage. Die Patienten, die auf Wunsch der Angehörigen entlassen wurden, befanden sich im Mittel 443,5 Tage in stationärer Behandlung.

Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg unterschieden sich signifikant in den einzelnen Untergruppen, $F(6,107) = 3.185$, $p < 0.05$, nach 6 x 1 ANOVA.

Zusätzlich wurden weitere t -Tests gerechnet, mit einer Alpha-Adjustierung: $0.05/2$ durchgeführt, so dass das neue Signifikanz-Niveau bei $p = 0.0025$ lag. Die Dauer der Aufenthalte unterschieden sich nicht signifikant in den Gruppen des Behandlungserfolges, $t = 1,722$, $p > 0.0025$. Die Aufenthaltsdauer unterschied sich signifikant zwischen dem Behandlungserfolg und Entlassung auf Wunsch, $t = 3,636$, $p < 0.0025$. Der Vergleich zwischen den anderen Gruppen wurde aufgrund der unterschiedlichen Patientenzahl unterlassen.

III.4.2 Intelligenzquotient (IQ)

Intelligenzminderung wurde in den Patientenakten der Jahre 1959-1961 unterschiedlich vermerkt. Unterdurchschnittliche Intelligenz wurde als Schwachsinn (leichter, mittlerer und schwerer Grad), Debilität, Imbezillität, Idiotie, Minderbegabung bzw. Oligophrenie (schwer- und mittelgradig) beschrieben.

Zur Analyse wurden alle Beschreibungen einer Intelligenzminderung in eine Variable zusammengefasst.

III.4.2.1 IQ und Geschlecht

Eine Intelligenzminderung lag bei insgesamt 63 Patienten (68 %) vor, darunter bei 37 Mädchen (67,3%) und 26 Jungen (49,1 %). Intelligenzminderung war von dem Geschlecht unabhängig, $\chi^2 = 3.685$, $df = 1$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

Tab. 3 Intelligenzminderung innerhalb der Geschlechter (% von Gesamtmenen)

		Intelligenzminderung	
		nein	ja
Geschlecht	weiblich	18 (16,7%)	37 (34,2 %)
	männlich	27 (25%)	26 (24,1%)
Total		45 (41,7 %)	63 (58,3%)

III.4.2.2 IQ und Fremdplatzierung

In der Gruppe der fremdplatzierten Patienten waren 81,8% ($n=27$) intelligenzgemindert und 18,2% ($n=6$) normintelligent.

Nach dem Exakten Test nach Fisher war eine Fremdplatzierung vom Vorliegen einer Intelligenzminderung abhängig ($\chi^2 = 10.78$, $df = 1$, $p < 0.05$).

Bei den nicht fremdplatzierten Patienten und Patientinnen ($n=75$) war das Intelligenzniveau relativ gleich verteilt. So waren 48% ($n=36$) der Kinder intelligenzgemindert und bei 52% ($n=39$) der Patienten und Patientinnen wurde durchschnittliche Intelligenz beschrieben.

Tab. 4 IQ innerhalb der Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte)

		Intelligenzminderung	
		ja	nein
Fremdplatzierung	ja	27 (25%)	6 (5,6%)
	nein	36 (33,3%)	39 (36,1%)
Total		63 (58,3%)	45 (41,7%)

III.4.2.3 IQ und Alter

Die Patienten mit altersdurchschnittlichem IQ waren im Mittel 7,6 Jahre alt, das Durchschnittsalter bei intelligenzgeminderten Kindern lag etwa bei 7,8 Jahren. Das Alter unterschied sich nicht signifikant davon, ob eine Intelligenzminderung vorlag oder nicht, $F(1,107) = 0.054$, $p > 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

III.4.2.4 IQ und Aufenthaltsdauer

Bei der Patientengruppe mit durchschnittlicher Intelligenz lag die Aufenthaltsdauer im Mittel bei 759,47 Tagen, die Patienten und Patientinnen mit Intelligenzminderung verbrachten etwa 1625,24 Tage in stationärer Behandlung. Die Aufenthaltsdauer unterschied sich signifikant davon, ob eine Intelligenzminderung vorlag oder nicht, $F(1,107) = 10.567$, $p < 0.05$, nach einfaktorieller ANOVA.

III.4.2.5 IQ und Geburtsverlauf

Aufgetretene Geburtskomplikationen wurden zur Analyse zu einer Kategorie zusammengefügt, so dass es eine Unterteilung zwischen „normalem Geburtsverlauf“, „Geburtskomplikationen“, „normalem IQ“ und „gemindertem IQ“ gab.

Geburtskomplikationen waren bei 20,6% ($n=13$) der Patientenklientel zu verzeichnen, bei welchen ein unterdurchschnittliches Intelligenzniveau vorlag. Der Anteil der Geburtskomplikationen bei durchschnittlich intelligenten Kindern lag bei 17,8 % ($n=8$). Intelligenzminderung war von dem Geburtsverlauf unabhängig, $\chi^2 = 0.137$, $df = 1$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.4.2.6. IQ und sonstige Symptome

Des Weiteren wurde das Intelligenzniveau in Bezug auf komorbide Symptome analysiert.

Dass eine Intelligenzminderung Einfluss auf die Symptomatik „Aggression“ hatte, konnte nicht aufgezeigt werden ($\chi^2 = 1.166$, $df = 1$, $p > 0.05$). Der Anteil der normalintelligenten Patienten (52,9%; $n=9$) entsprach in etwa dem Anteil der intelligenzgeminderten Kinder (47,1%; $n=8$) mit Aggressionen.

Motorische Unruhe war, nach dem Exakten Test nach Fisher, statistisch unabhängig von der Intelligenz ($\chi^2 = 0,105$, $df = 1$, $p > 0.05$). Unter unruhigen Patienten wiesen 19 (61,3%) ein Intelligenzniveau unter IQ 70 auf, 12 Kinder (38,7%) waren durchschnittlich intelligent.

Unter den Konzentrations- und aufmerksamkeitsgestörten Patienten und Patientinnen waren 6 (85,7%) intelligenzgemindert und 1 Kind (14,3%) hatte einen IQ über 70. Obwohl sich in dieser Kategorie wesentlich mehr Kinder mit weit unterdurchschnittlicher Intelligenz befanden, wurde auch an dieser Stelle auf einen Signifikanztest verzichtet, weil die Voraussetzungen teilweise nicht erfüllt waren.

Ungefähr gleich viele normal intelligente Kinder ($n=4$; 57,1%) haben ebenso gestohlen, wie Kinder mit Intelligenzminderung ($n=3$; 42,9%).

Für die weitere Symptomkategorien waren die Voraussetzungen einer Signifikanztestung teilweise nicht erfüllt.

Tab. 5 Intelligenzminderung und komorbide Symptome

Symptom	Intelligenzminderung (<i>n</i>)	
	Ja	Nein
Aggression	8	9
Unruhe	19	12
Konzentrationsstörung	6	1
Stehlen	3	4
Ängstlichkeit	13	7
Daumenlutschen	1	2
Jaktationen	1	0
Enuresis nocturna	1	0
Trotzig-oppositionelles Verhalten	2	0
Kotschmieren	2	0
Lügen	0	1
Feuer zünden	0	1
Enthemmung	0	1
Mutismus	1	0
Selbstverletzungen	1	0

III.4.3 Entwicklungsrückstand

III.4.3.1 Entwicklungsrückstand und IQ

Bei den Patienten mit beschriebenen Defiziten der Sprache lag gleichzeitig bei 64,7% ($n=33$) eine Intelligenzminderung vor. Intelligenzminderung war vom Entwicklungsrückstand der Sprachentwicklung nach dem Exakten Test nach Fischer statistisch unabhängig, ($\chi^2 = 1,615$, $df = 1$, $p > 0.05$). Es konnte auch keine signifikante Abhängigkeit zwischen unterdurchschnittlichem Intelligenzquotient und Retardierung der Motorik ($\chi^2 = 0,212$, $df = 1$, $p > 0.05$) sowie Leistung ($\chi^2 = 1.002$, $df = 1$, $p > 0.05$) nachgewiesen werden. Bei 56,5% der Patienten ($n=35$) mit Entwicklungsrückstand im Bereich der Motorik und bei 52,4% ($n=22$) mit Leistungsverzögerungen wurde die Diagnose Intelligenzminderung vergeben. Anders hat sich der Zusammenhang zwischen Intelligenzminderung und Entwicklungsrückstand im Bereich der Sauberkeitsentwicklung dargestellt. Von den 26 Patienten und Patientinnen mit beschriebenen Sauberkeitsrückstand waren 76,9% ($n=20$) intelligenzgemindert. Intelligenzminderung war von dem Entwicklungsrückstand der Sauberkeitsentwicklung nach Exakten Test nach Fisher statistisch abhängig ($\chi^2 = 4,869$, $df = 1$, $p < 0.05$).

III.4.3.2 Entwicklungsrückstand und Geschlecht

Entwicklungsrückstände der Sprache sowie im Bereich der Sauberkeit unterschieden sich geschlechtsbezogen signifikant. Unter den Kindern mit Sprachverzögerung waren 19 weibliche (37,3%) und 32 männliche (62,7%) Patienten ($\chi^2 = 7.227$, $df = 1$, $p < 0.05$), wobei die Sauberkeitsentwicklung bei 69,2% der Jungen ($n=18$) und bei 30,8% der Mädchen ($n=8$) verzögert war ($\chi^2 = 5.567$, $df = 1$, $p < 0.05$). Im Vergleich dazu war ein Entwicklungsrückstand im Bereich der Motorik und im Bereich der Leistung vom Geschlecht unabhängig. Unter den Patienten mit Entwicklungsrückstand im Bereich der Motorik gab es 32 (51,6%) Jungen und 30 Mädchen (48,4%), $\chi^2 = 5.567$, $df = 1$, $p > 0.05$, Rückstand der Leistung lag bei 20 Jungen (47,6%) und bei 22 Mädchen (52,4%) vor ($\chi^2 = 0.058$, $df = 1$, $p > 0.05$).

III.4.3.3 Entwicklungsrückstand und Fremdplatzierung

Ob bei Patienten und Patientinnen eine Fremdplatzierung vorlag, unterschied sich nicht signifikant von dem Entwicklungsrückstand der Sprachentwicklung ($\chi^2 = 0,4031$, $df = 1$, $p > 0.05$). Ebenfalls gab es keine signifikante Abhängigkeit zwischen Fremdplatzierung und Entwicklungsrückstand der Motorik ($\chi^2 = 0,2131$, $df = 1$, $p > 0.05$), Sauberkeitsentwicklung ($\chi^2 = 0,1494$, $df = 1$, $p > 0.05$), sowie Leistung ($\chi^2 = 0,2022$, $df = 1$, $p > 0.05$) nach dem Exakten Test nach Fisher (siehe Tabelle 6).

Tab. 6 Verteilung von Entwicklungsrückständen in den Gruppen mit und ohne Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte)

		Fremdplatzierung (n=33)	Keine Fremdplatzierung (n=75)	Total
Entwicklungsrückstand der Sprache	ja	18 (16,7%)	33 (30,6%)	51
	nein	15 (13,9%)	42 (38,8%)	57
Entwicklungsrückstand der Motorik	ja	22 (20,4%)	40 (37,0%)	62
	nein	11 (10,2%)	35 (32,4%)	46
Entwicklungsrückstand der Sauberkeit	ja	11 (10,2%)	15 (13,9%)	26
	nein	22 (20,4%)	60 (55,2%)	82
Entwicklungsrückstand der Leistung	ja	16 (14,8%)	26 (24,1%)	42
	nein	17 (15,8%)	49 (45,3%)	66

III.4.4 Aufnahmesymptomatik

Die Ausprägung der Symptomatik wurde subjektiv eingeschätzt. Es handelte sich um den Schweregrad der Ausprägung von Begleitsymptomen, wie z.B. Aggression, ausgeprägter motorischer Unruhe, Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung

bzw. Schweregrad des Entwicklungsrückstandes. Eine ausgeprägte Symptomatik bei der Aufnahme wurde bei 72 Patienten (67%) beschrieben, was etwa 2/3 aller Patienten, die sich in stationärer Behandlung befanden, entsprach.

III.4.5 Suizidversuch, Substanzmissbrauch

Die Gesamtklientel betrachtet, wurden keine Fälle mit Suizidversuchen sowie keine Fälle von Substanzmissbrauch registriert.

III.4.6 Geburtsverlauf

Der Großteil der Patienten und Patientinnen (80,5%; $n=87$) zeigte bei der Geburt keine Auffälligkeiten. Bei Kindern mit Besonderheiten bei der Geburt wurden verschiedene Geburtskomplikationen beschrieben: 33,1% ($n=7$) waren asphyktisch, in 9,5% ($n=2$) der Fälle traten Komplikationen durch eine Nabelschnurverlegung auf und bei 9,5% ($n=2$) trat Geburtsstillstand mit resultierender Zangengeburt auf. Weiterhin wurde in den Patientenakten beschrieben, dass 23,8% ($n=5$) des Patientengutes ehemalige Frühgeborene waren. In 3 Fällen (14,3 %) war die Geburt durch Zwillingschwangerschaften erschwert, in einem Fall ist die Kindesmutter während der Entbindung gestorben und ein Kind (4,9%) wurde mit Spina bifida geboren.

III.4.6.1 Geburtsverlauf und Fremdplatzierung

In der Gruppe der Patienten mit Geburtskomplikationen waren 42,9 % ($n=9$) fremdplatziert und 57,1% ($n=12$) nicht. Fremdplatzierung fand somit unabhängig von Geburtskomplikationen, $\chi^2 = 0,856$, $df = 1$, $p > 0.05$ nach dem Exakten Test nach Fisher, statt.

III.4.6.2 Geburtsverlauf und Geschlecht

Auch zwischen Geburtsverlauf und Geschlecht ergab sich kein Zusammenhang ($\chi^2 = 4,385$, $df = 1$, $p > 0.05$). Es gab während der Geburt bei 27,3% ($n=15$) der Mädchen und 11,3% ($n=6$) der Jungen Komplikationen.

III.4.7 Elektroenzephalographie (EEG)

Bei 20 Patienten und Patientinnen erfolgte eine diagnostische Abklärung mit Hilfe eines EEG's. Bei 9 Kindern (45%) zeigte sich der EEG-Befund unauffällig, bei 8 (40%) auffällig und bei 3 (15%) grenzwertig.

Eine genaue Indikationsstellung für die Ableitung eines EEG's wurde in den Patientenakten nicht vermerkt. Eine EEG-Untersuchung wurde vor allem bei den schwerstbehinderten Kindern vorgenommen. In die Gruppe der auffälligen Befunden wurden Herdbefunde bzw. Krampfleiden zugeordnet. Als „grenzwertig“ wurden Allgemeinveränderungen angesehen.

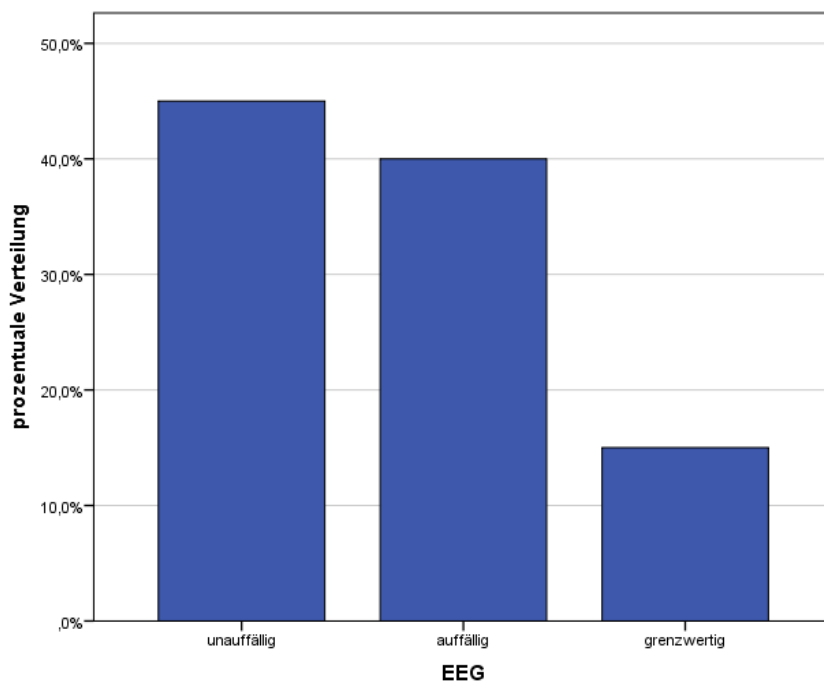


Abb. 7 EEG - Befundung der Patienten

III.4.7.1 EEG und Geschlecht

Eine EEG-Befundung erfolgte bei 13 weiblichen (65,0%) und 7 männlichen Patienten (35,0%). In der Mädchengruppe waren bei 62,9% ($n=9$) die Befunde unauffällig, bei den Jungen gab es keinen unauffälligen EEG-Befund. Auffälligkeiten zeigten sich in 23,1% der weiblichen und in 71,4% ($n=5$) der männlichen EEGs. Grenzwertige

Befunde wurden bei einem Mädchen (7,0%) und bei zwei Jungen (28,6%) beschrieben.

III.4.7.2 EEG und Geburtskomplikationen

Geburtskomplikationen lagen bei zwei Kindern mit auffälligem EEG und bei zwei Patienten und Patientinnen ohne Auffälligkeiten in der EEG-Befundung vor. Bei Kindern mit grenzwertigem EEG waren keine Geburtskomplikationen in der Anamnese beschrieben.

III.4.7.3 EEG und Entwicklungsrückstand

Weiterhin wurden die Ergebnisse der durchgeführten EEGs mit Entwicklungsverzögerungen verglichen.

Ein Entwicklungsrückstand der Sprache lag insgesamt bei 6 Patienten und Patientinnen mit EEG-Befundung vor. Das EEG war in 33,3% ($n=2$) der Fälle unauffällig, in 50% ($n=3$) auffällig und in 16,7% ($n=1$) der Fälle grenzwertig.

Die Analyse zeigte weiterhin, dass unter den Kindern mit durchgeführter EEG-Diagnostik bei 11 Patienten die Motorik verzögert war. Darunter hatten Patienten und Patientinnen mit motorischen Defiziten in 45,5% der Fälle ($n=5$) keine Auffälligkeiten im EEG, 36,4% ($n=4$) einen pathologischen und 18,2% ($n=2$) einen grenzwertigen EEG Befund.

Bei EEG-Untersuchungen bei Kindern mit Sauberkeitsentwicklungsverzögerungen zeigten sich bei 50% dieser Kinder ($n=2$) keine Veränderungen im EEG. Es gab jeweils ein Kind mit Sauberkeitsentwicklungsstörung und auffälligem bzw. grenzwertigem EEG-Befund.

Die Leistung wurde in der Gruppe von Patienten und Patientinnen mit abgeleitetem EEG ebenfalls analysiert ($n_{gesamt}=8$). Auffällige sowie unauffällige Ergebnisse traten jeweils bei 37,5% der Patienten auf (jeweils $n=3$). Des Weiteren lag bei Kindern mit Leistungsrückständen grenzwertige EEG- Befundung zu 25% ($n=2$) vor.

III.4.8 Medikamentengabe und weitere Kategorien

III.4.8.1 Medikamentengabe und Geschlecht

Ohne nähere Angabe der speziellen Wirkstoffe erhielten 27,8% ($n=30$) der Patienten Psychopharmaka. Die Medikamentengabe erfolgte unabhängig vom Geschlecht ($\chi^2 = 1.984$, $df = 1$, $p > 0.05$), unabhängig davon, ob nach der Entlassung eine Fremdplatzierung erfolgte ($\chi^2 = 0.9608$, $df = 1$, $p > 0.05$) sowie unabhängig davon, ob bei den Patienten eine Intelligenzminderung vorlag, $\chi^2 = 0.047$, $df = 1$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.4.8.2 Medikamentengabe und Behandlungserfolg

Weiterhin wurde der Zusammenhang zwischen Medikamentengabe und Behandlungserfolg analysiert. Unter den 30 Patienten und Patientinnen, die während des stationären Aufenthaltes medikamentös behandelt worden waren, wurden 14 (46,7%) mit und 9 (30%) ohne Behandlungserfolg entlassen. Bei zwei Kinder (6,7%) gab es keine Angaben zum Behandlungsverlauf, drei Patienten (10%) waren auf Wunsch und zwei (6,7%) gegen Revers entlassen. Die Voraussetzungen der Stichprobengröße waren teilweise nicht erfüllt, weshalb auf ein Signifikanztest an dieser Stelle verzichtet wurde.

III.4.8.3. Medikamentengabe und Intelligenzminderung

Betrachtet man die Gruppe der Kinder mit Intelligenzminderung, so wurden 27% ($n=17$) der Patienten mit Intelligenzminderung medikamentös behandelt. 46 (73%) Patienten und Patientinnen erhielten kein Medikament. Eine Medikamentengabe war nach dem Exakten Test nach Fisher statistisch unabhängig von einer vorliegenden Intelligenzminderung ($\chi^2 = 0.47$, $df = 1$, $p > 0.05$).

III.4.9 Behandlungserfolg

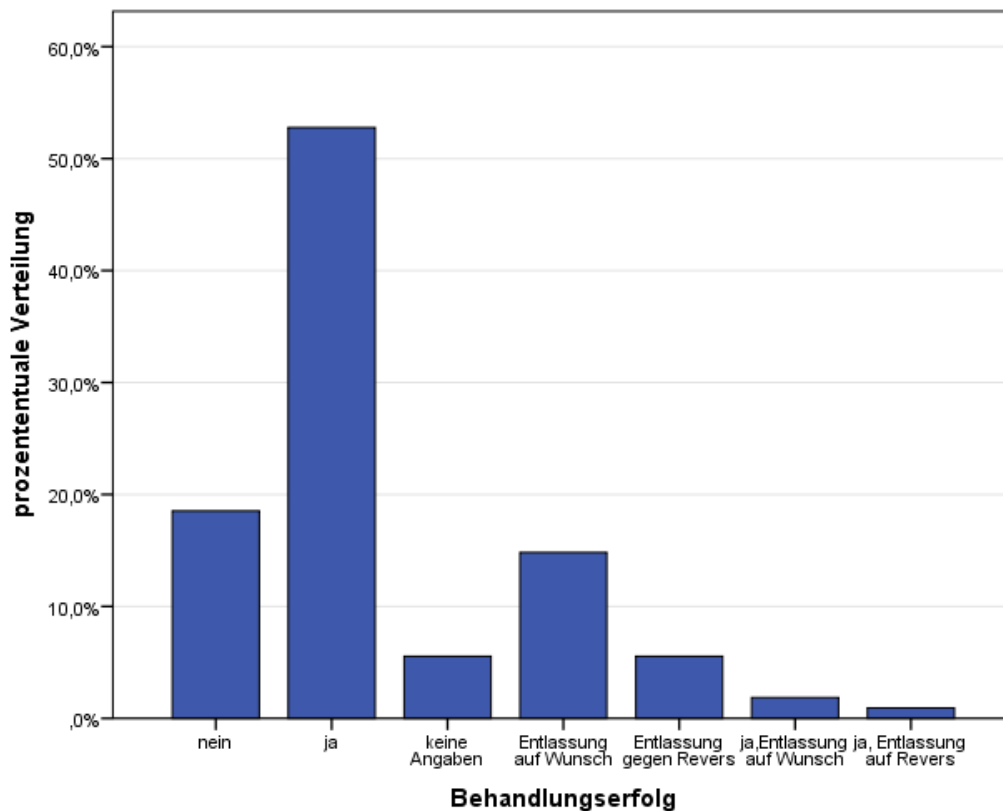


Abb. 8 Behandlungserfolg der Patienten

Ein Behandlungserfolg wurde bei 57 Patienten und Patientinnen (52,8%) beschrieben, 20 Kinder (18,5%) waren ohne Erfolg entlassen worden. Diese zwei Patientengruppen wurden zur Auswertung in weiteren Kategorien aufgeteilt. Bei 6 Kindern (5,6%) gab es keine Angaben zum Behandlungserfolg. Zusätzlich gab es 16 Patienten (14,8%), bei denen eine Entlassung auf Wunsch der Angehörigen erfolgte, 6 Entlassungen erfolgten gegen Revers (5,6%).

In dieser Gruppe befanden sich auch Kinder, die trotz Verbesserung des Zustandes auf Wunsch ($n=2$; 1,8%) und gegen ärztlichen Rat ($n=1$; 0,9%) entlassen wurden.

III.4.9.1 Behandlungserfolg und Geschlecht

Unter den 57 Patienten und Patientinnen mit erfolgreicher stationärer Behandlung waren 29 weibliche (50,9%) und 28 männliche (49,1%) Patienten. Der stationäre Aufenthalt verlief ohne Erfolg für 13 Jungen (65%) und 7 Mädchen (35%).

Geschlecht und Behandlungserfolg waren nach dem Exakten Test nach Fisher statistisch unabhängig ($\chi^2 = 1.499$, $df = 1$, $p > 0.05$).

III.4.9.2 Behandlungserfolg und Alter

Tab. 7 Verteilung vom Behandlungserfolg in den Altersgruppen

Altersgruppe	Anzahl der Patienten	Behandlungserfolg	Kein Behandlungserfolg
0-7 Jahre	49	35 (71,4%)	14 (28,6%)
8-10 Jahre	21	16 (76,2%)	5 (23,8%)
11-13 Jahre	3	3 (100%)	0
>14 Jahre	4	3 (75%)	1 (25%)

Bezüglich der Untersuchung des Behandlungserfolges in Abhängigkeit vom Alter wurden die Patienten und Patientinnen in 4 Altersgruppen unterschieden. In der Gruppe 0-7 Jahre befanden sich 49 Kinder, 8-10 Jahre 21 Kinder, zwischen 11 und 13 Jahren waren 3 Patienten und Patientinnen und 4 Jugendliche waren über 14 Jahre alt. In der jüngsten Altersgruppe wurden 35 Patienten (71,4%) erfolgreich behandelt, 28,6% ($n=14$) wurden ohne Verbesserung entlassen. In der Gruppe der Kinder zwischen 8 und 10 Jahre wurden 16 (76,2%) mit und 5 (23,8%) ohne Erfolg entlassen. Im Alter von 11 bis 13 Jahren gab es insgesamt 3 Patienten und Patientinnen, die alle (100%) als „Entlassung mit Erfolg“ markiert worden sind. In der ältesten Gruppe wurden 75% ($n=3$) der Fälle erfolgreich behandelt und ein Patient (25%) beendete seinen Aufenthalt ohne Behandlungserfolg. Die Voraussetzungen für die Signifikanztestung waren teilweise nicht erfüllt, weshalb ein Signifikanztest an dieser Stelle nicht erfolgt ist.

III.4.9.3 Behandlungserfolg und Fremdplatzierung

Unter den Patienten und Patientinnen mit deutlicher Zustandsverbesserung wurden 19 (33,3%) nach der Entlassung fremdplatziert, 38 Patienten (66,7%) wurden nach Hause entlassen. Bei den Kindern ohne Behandlungserfolg erfolgte eine Fremdplatzierung in 16 Behandlungsfällen (31,3%) und in 35 Fällen (68,7%) wurde darauf verzichtet. Der Behandlungserfolg war unabhängig von der Wahl des Lebensmittelpunktes, $\chi^2 = 0.0472$, $df = 1$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

Tab. 8 Verteilung von Behandlungserfolg und Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte)

		Fremdplatzierung	
		ja	nein
Behandlungserfolg	ja	19 (17,6%)	38 (35,2%)
	nein	16 (14,8%)	35 (32,4%)
Total		35 (32,4%)	73 (67,6%)

III.4.9.4 Behandlungserfolg und IQ

Zur Analyse wurden die Kriterien „vorhandene Intelligenzminderung“, „normaler IQ“, „Behandlungserfolg“ und „kein Behandlungserfolg“ herangezogen. Dabei wurden alle Patienten und Patientinnen mit Intelligenzminderung zu einer Variablen zusammengefasst.

Während bei normalem IQ ($n_{gesamt}=30$) 23,3% der Patienten und Patientinnen ($n=7$) keinen Behandlungserfolg aufwiesen, waren es bei Kindern mit Intelligenzminderung ($n_{gesamt}=13$) 27,7% ($n=13$). Ein erfolgreicher Behandlungsverlauf wurde bei 76,7% ($n=23$) der normalintelligenten und bei 72,3% ($n=34$) der intelligenzgeminderten Kinder beschrieben. Behandlungserfolg war vom Intelligenzniveau statistisch unabhängig, $\chi^2 = 0.178$, $df = 1$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.4.9.5 Behandlungserfolg und Geburtsverlauf

Die Analyse ergab nach dem Exakten Test nach Fisher, dass Behandlungserfolg vom Geburtsverlauf statistisch unabhängig war ($\chi^2 = 0.187$, $df = 1$, $p > 0.05$).

Dabei bildeten alle aufgetretenen Geburtskomplikationen eine Kategorie. Die andere Kategorie wurde mit „keine Geburtskomplikationen“ beschrieben. Bei bekannten vorangegangenen Geburtskomplikationen ($n_{gesamt}=13$) verliefen bei 9 Patienten und Patientinnen (69,2%) die Behandlungen erfolgreich und bei 4 (30,8%) nicht erfolgreich. Bei komplikationslosen Geburtsverläufen ($n_{gesamt}=64$) wurden 48 Klienten und Klientinnen (75%) erfolgreich behandelt, 16 (25%) wurden ohne Erfolg in die Häuslichkeit entlassen.

III.4.9.6 Behandlungserfolg und Entwicklungsverzögerungen

Die Auswertung der Daten erfolgte für einzelne Kategorien. Die Zuordnung erfolgte bezüglich Sprach-, Motorik-, Sauberkeits- und Leistungsentwicklungsverzögerungen. Eine signifikante Abhängigkeit konnte zwischen Behandlungserfolg und Verzögerung der Sprachentwicklung nach dem Exakten Test nach Fisher nachgewiesen werden ($\chi^2 = 4.163$, $df = 1$, $p < 0.05$).

83,3% ($n=35$) der Patienten mit normaler Sprachentwicklung wurden erfolgreich behandelt, kein Behandlungserfolg wurde in 7 Fällen (16,7%) beschrieben. Im Vergleich dazu wurden Kinder mit Sprachentwicklungsstörung nur zu 62,9% ($n=22$) als „gebessert“ entlassen und 37,1% ($n=13$) waren therapieresistent.

Eine signifikante Abhängigkeit zwischen Motorikentwicklung ($\chi^2 = 2.196$, $df = 1$, $p > 0.05$), Sauberkeitsentwicklung ($\chi^2 = 0.101$, $df = 1$, $p > 0.05$), sowie Leistungsentwicklung ($\chi^2 = 0.912$, $df = 1$, $p > 0.05$) und Behandlungserfolg konnte nicht nachgewiesen werden.

III.5 Sonstige Befunde

III.5.1 Verhaltensstörungen

62 der erfassten Patienten und Patientinnen (57,4%) zeigten Verhaltensstörungen. Diese unterteilten sich in 17 Fälle (15,7%) von aggressiven Verhaltensweisen, 7 Fälle (6,5%) mit Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration, 31 (28,7%) motorisch unruhige Kinder und 7 Kinder (6,5%) mit Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (Stehlen).

Außerdem wurden weitere Verhaltensauffälligkeiten beschrieben: 21 (19,5%) Kinder wurden als ängstlich beschrieben, bei 6 (5,6%) wurde Daumenlutschen festgestellt, jeweils bei 3 Kindern (jeweils 2,8%): Jaktationen, Enuresis nocturna, trotzig-oppositionelle Verhaltensweisen sowie Kotschmierer. Bei 2 Patienten (1,9%) war Lügen beschrieben. Jeweils ein Patient bzw. Patientin (jeweils 0,93% der beschriebenen Fälle) zeigten Exzessives Schreien, Feuerzünden, Schlafstörungen, Ticstörungen, selbstverletzendes Verhalten sowie Mutismus. Außerdem wurde jeweils ein Fall von Rauchen und Alkoholkonsum, sowie Schulschwänzen und sexualisiertes Verhalten registriert.

Es gab in 20,4% ($n=22$) der Fälle kombinierte Störungen, davon in 6 Fällen (27%) drei der oben benannten Störungen und bei jeweils einem Kind (jeweils 4,5%) wurden mehr als drei der oben benannten Störungen gleichzeitig aufgeführt.

III.5.2 Aggression

III.5.2.1 Aggression und Geschlecht

Bei 17 Kindern (15,7%) wurde aggressives Verhalten festgestellt.

Dabei zeigten 35,3% der Mädchen ($n=6$) und 64,7% der Jungen ($n=11$) aggressives Verhalten. Es ist daher zu schlussfolgern, dass aggressives Verhalten unabhängig vom Geschlecht war ($\chi^2 = 1.861$, $df = 1$, $p > 0.05$). ($n_{gesamt}=107$).

III.5.2.2 Aggression und Fremdplatzierung

Zwar war der Anteil der Fremdplatzierten mit aggressivem Verhalten höher (76,5%; $n=13$) als bei den Nicht-Fremdplatzierten (23,5%; $n=4$), dies ist jedoch statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 0.926$, $df = 1$, $p > 0.05$).

III.5.2.3 Aggression und Alter

Das Alter derjenigen Kinder mit bzw. ohne Aggression war im Mittel relativ ähnlich. Das Durchschnittsalter der aggressiven Kinder lag bei 8,4 Jahre. Das Durchschnittsalter der nicht aggressiven Kinder betrug 7,6 Jahre. Nach dem t -Test für unabhängige Stichproben unterscheidet das Alter nicht, ob Kinder aggressiv waren oder nicht, $t = 0.797$, $p > 0.05$.

III.5.3 Unruhe

III.5.3.1 Unruhe und Geschlecht

Unruhiges Verhalten trat bei 31 Patienten und Patientinnen (28,7%) auf. Da anteilig wesentlich mehr Jungen (74,2%; $n=23$) als Mädchen (25,8%; $n=8$) Unruhe zeigten, war Unruhe statistisch abhängig vom Geschlecht, $\chi^2 = 10,618$, $df = 1$, $p = 0.001$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.5.3.2 Unruhe und Fremdplatzierung

Unter unruhigen Kindern waren 71% ($n=22$) fremdplatziert und 29% ($n=9$) regelrecht nach Hause entlassen worden. Fremdplatzierung zeigte sich von der Unruhe des Patienten statistisch relevant ($\chi^2 = 29,5143$, $df = 1$, $p < 0.05$), nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.5.3.3 Unruhe und Alter

Unruhige Kinder waren im Mittel 7;2 Jahre alt. Patienten und Patientinnen, bei denen „keine Unruhe“ aufgetreten ist, waren durchschnittlich 7;9 Jahre alt. Das Alter unterschied sich ebenfalls in den Gruppen nicht davon, ob die Kinder unruhig waren oder nicht, $t = 1,178$, $df = 1$; $p > 0.05$.

III.5.4 Konzentrationsstörungen

III.5.4.1 Konzentrationsstörungen und Geschlecht

Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit wurden bei 5 Jungen (71,4%) und 2 Mädchen (28,6%) beschrieben. Die Voraussetzungen waren teilweise nicht erfüllt, weshalb auf ein Signifikanztest an dieser Stelle verzichtet wurde.

III.5.4.2 Konzentrationsstörungen und Fremdplatzierung

Im Vergleich der Kategorien Konzentrationsstörung bei Fremdplatzierten vs. Integration in die Häuslichkeit waren die Voraussetzungen ebenfalls teilweise nicht erfüllt, weshalb auch an dieser Stelle einen Signifikanztest nicht erfolgt ist. Unter 7 konzentrationsgestörten Kindern waren 4 (57,1%) fremdplatziert und 3 (42,9%) in die Häuslichkeit entlassen worden.

III.5.4.3 Konzentrationsstörungen und Alter

Die unkonzentrierten Kinder waren im Mittel 7;6 Jahre alt, die Patienten ohne Konzentrationsstörung durchschnittlich 7;7 Jahre. Die Voraussetzungen waren teilweise nicht erfüllt, weshalb ein Signifikanztest an dieser Stelle nicht erfolgt ist.

III.5.5 Stehlen

III.5.5.1 Stehlen und Geschlecht

Stehlen trat, wie bereits erwähnt, bei 7 der Patienten auf, worunter sich 3 Mädchen (42,9%) und 4 Jungen (57,1%) befanden. Auf ein Signifikanztest wurde an dieser Stelle verzichtet, weil die Voraussetzungen nicht erfüllt worden sind.

In den folgenden Absätzen wird deshalb ebenfalls auf einen statistischen Vergleich zwischen den Gruppen verzichtet.

III.5.5.2 Stehlen und Fremdplatzierung

Alle 7 Kinder mit Stehlen in der Vorgeschichte wurden nach der Entlassung fremdplatziert.

III.5.5.3 Stehlen und Alter

Es zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Stehlen zunahm. So waren Kinder, die gestohlen haben, im Mittel 11 Jahre und die „nicht Stehlenden“ 7;5 Jahre alt.

III.5.6 Misshandlung durch die Eltern

Misshandlung durch die Eltern wurde in drei Kategorien unterschieden: Keine Misshandlung ($n=65$; 62,5%), körperliche Misshandlung ($n=5$; 4,8%) und Vernachlässigung ($n=34$; 32,7%). Bei 4 Patienten wurden diesbezüglich keine Angaben getroffen. Die misshandelten Kinder waren im Mittel 7;7 Jahre alt.

III.5.6.1 Misshandlung durch die Eltern und Geschlecht

Insgesamt waren 25 weibliche und 14 männliche Patienten misshandelt worden. Gewalt erlebten 3 (6,0%) Jungen und 2 (3,7%) Mädchen. Vernachlässigung wurde

bei 23 (42,6%) Mädchen und 11 (22%) Jungen beschrieben. Misshandlung durch die Eltern war unabhängig vom Geschlecht der Kinder, $\chi^2 = 5.043$, $df = 2$, $p > 0.05$, nach dem Exakten Test nach Fisher.

III.5.6.2 Misshandlung durch die Eltern und Fremdplatzierung

Alle misshandelten Kinder ($n=5$; 100%) und 88,2% ($n=30$) der vernachlässigten Patienten wurden nach der Entlassung fremdplatziert. Die Kinder, die keine Misshandlung erlebt haben ($n=65$), gingen in 52,3% der Fälle ($n=34$) in eine Fremdunterbringung. Die durchgeführte Studie wies nach, dass Misshandlung durch die Eltern sich signifikant auf eine Fremdplatzierung auswirkte ($\chi^2 = 15.569$, $df = 2$, $p < 0.001$).

III.5.6.3 Misshandlung durch die Eltern und IQ

Kein körperlich misshandeltes Kind war weit unterdurchschnittlich intelligent. 79,4% der von den Angehörigen vernachlässigten Patienten ($n=27$) waren intelligenzgemindert. Die erhobenen Statistiken zeigten, dass Vernachlässigung durch die Eltern sich signifikant damit zusammenhing, ob bei dem Kind eine Intelligenzminderung vorlag oder nicht, $\chi^2 = 14.214$, $df = 2$, $p < 0.001$.

III.6 Diagnosen

III.6.1 Erstdiagnosen nach ICD-10

Um die Diagnosen besser zusammenfassen und vergleichen zu können, wurden sie nach der heute üblichen ICD-10 Klassifikation eingeteilt. Das damals vorhandene ICD-6-System wies im psychiatrischen Bereich sehr wenig Differenzierungen auf. Die im Jahr 1960 gängigen Diagnosen, wie „Milieuschädigung“, „neurotische Verhaltensprobleme“ oder „Muttersversagung“ finden sich im heutigen ICD-10-System nicht mehr. Diese Diagnosen wurden in die ICD-10 Klassifikation transferiert. Nachfolgende Tabelle stellt die Zuordnung dar (vgl. Mai 2016; Dilling und Freyberger 2014; DIMDI 2019):

Tab. 9 Modifikation der Diagnosen 1960 zur ICD-10-Klassifikation

ICD10-Klassifikation	Zuordnung der im Jahr 1960 in Ueckermünde gestellten Diagnosen (zitiert aus den Akten)
F70- 79 Intelligenzminderung	Minderbegabung Schwachsinn (Lernbehinderung) Debilität (Schwachsinn leichten Grades) Imbezillität (Schwachsinn mittleren Grades) Imbezillität (Schwachsinn schweren Grades) Idiotie (Schwachsinn schwersten Grades)
F80-89 Entwicklungsstörungen	Sprachstörung Entwicklungsrückstand
F90-98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Milieuschädigung, Muttersversagung Enuresis Enkopresis Stottern, Stimmeln Hospitalismus (Deprivationssyndrom) Verhaltensstörung
F60-69	Psychopathie
Somatische Aufnahmediagnosen:	
P90.1	Frühkindliche Hirnschädigung
Q90	Down Syndrom
Q75.1	Morbus Crouzon
G40	Epilepsie
G80	Infantile Zerebralparese
E72	Aminoazidurie

Den definitiv größten Anteil der Erstdiagnosen machten Intelligenzstörungen (F70-79) mit 54,63% ($n=59$) aus, gefolgt von F90-98-Diagnosen mit 12,96% ($n=14$). In den Jahren 1959-1961 wurden als erste Diagnose sehr häufig nicht psychiatrische Diagnosen gegeben. Die dritthäufigste somatische Aufnahmediagnose stellte die Frühkindliche Hirnschädigung (P90.1) dar.

Die Diagnosen F80-89 trafen auf 7,41% ($n=8$) zu. Die Diagnosen der Kategorien F60-69 (0,93%) betraf nur einen Patienten. Außerdem gab es als Erstdiagnose 7 Fälle von Down-Syndrom (6,48%), 3 Fälle (2,78%) von Epilepsie (G40), 2 Fälle (1,85%) von Infantiler Cerebralparese (G80) und jeweils ein Fall von Crouzon-Syndrom (Q75.1) sowie angeborener Aminoazidurie (E72). Das folgende Diagramm stellt die Verteilung der Erstdiagnosen nach ICD-10 dar:

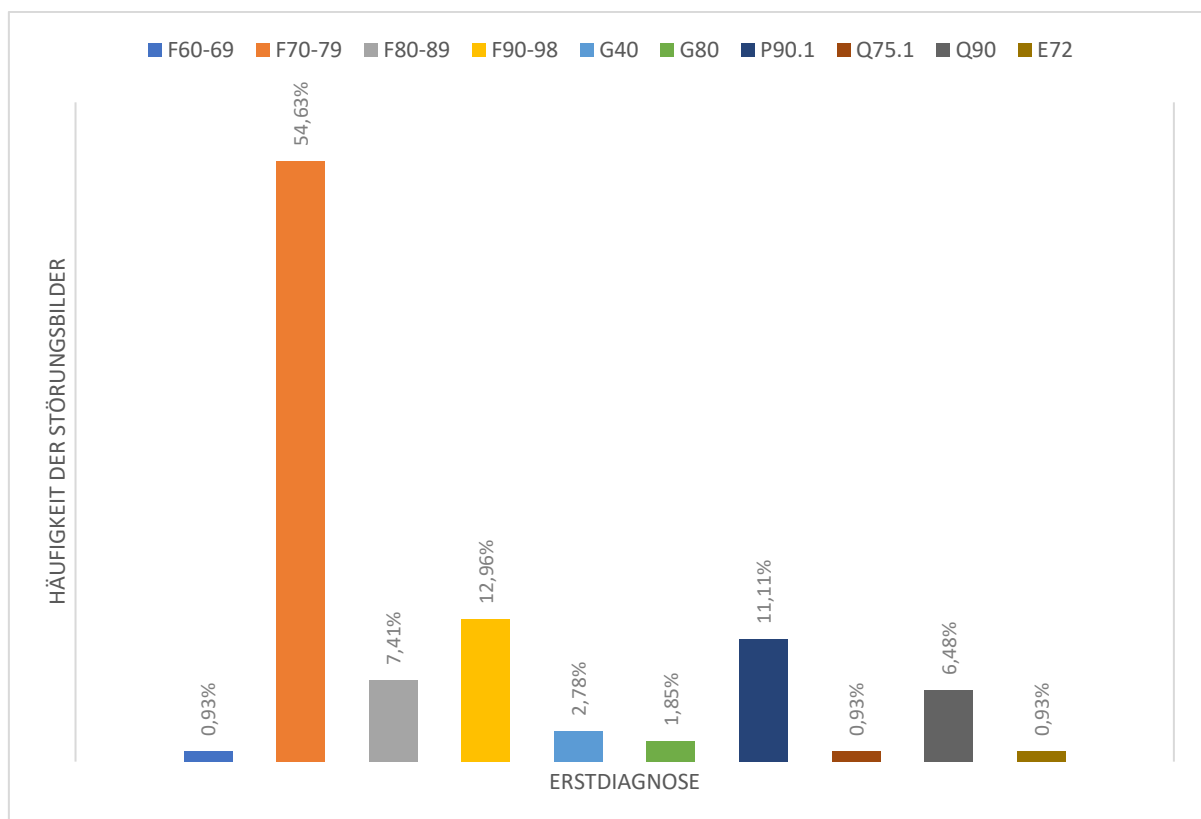


Abb. 9 Diagnoseverteilung nach ICD-10

Es wurden bis zu drei Diagnosen im Aufnahmebogen vermerkt. In 54 Fällen (50%) wurde nur eine Diagnose vergeben. Zwei Diagnosen machten einen Anteil von 44,5% ($n=48$) und drei Diagnosen von 5,5% ($n=6$) aus.

III.6.2 Zweitdiagnose

Am häufigsten wurde als zweite Diagnose Milieuschädigung (17,6 %, $n=19$) vergeben. Weiterhin wurde eine Frühkindliche Hirnschädigung bei 14 Patienten (13,0%) und bei 10 Patienten und Patientinnen (9,3%) ein Entwicklungsrückstand an der zweiten Stelle diagnostiziert. Mit 3,7 % ($n=4$) wurde Epilepsie und mit 2,8 % ($n=3$) eine Infantile Cerebralparese vergeben. Ein Patient (0,9 %) erhielt Adipositas als Nebendiagnose.

III.6.3 IQ und Diagnosen

Intelligenzminderung wurde als Erstdiagnose bei 59 Patienten und Patientinnen (54,6%) angegeben, wobei bei 32 Patienten und Patientinnen (29,6%) die Intelligenzminderung der alleinige Grund für die stationäre Aufnahme war. Unter diesen Kindern waren 15 (46,9%) leicht, 13 (40,6%) mittelgradig und 4 (12,5%) schwer intelligenzgemindert.

Unter allen Klienten und Klientinnen, die eine Intelligenzminderung als Erstdiagnose erhielten, waren 28 (47,5%) leicht intelligenzgemindert. Mittelgradige Intelligenzminderung war in 44,0 % ($n=26$) der Fälle und schwere Minderung der Intelligenz bei 8,5% ($n=5$) aufgeführt.

Als Zweitdiagnose wurde bei 4 (3,7%) Patienten und Patientinnen eine Intelligenzminderung diagnostiziert.

III.6.4 Diagnose und Fremdplatzierung

Definitiv der größte Anteil der fremdplatzierten Kinder ($n=22$; 66,7%) wies eine Erstdiagnose „Intelligenzminderung“ auf. Demnach, jeweils 3 Kinder (jeweils 9,1%) gingen mit einer Erstdiagnose von: Entwicklungsverzögerungen (F80-89), Frühkindliche Hirnschädigung (P90.1) sowie Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90-98) in die Fremdunterbringung. Jeweils ein Kind (jeweils 3%) mit Epilepsie und mit Down Syndrom waren nach der Entlassung fremdplatziert.

III.6.5 Erstdiagnosen und Behandlungserfolg

Erstdiagnosen, bei denen am häufigsten eine deutliche Besserung erzielt werden konnte, waren Entwicklungsrückstände (75,0%; $n=6$) und Milieuschädigungen (57,1%; $n=8$). Kinder mit Intelligenzminderung wurden in 55,9% der Fälle ($n=33$) in gebessertem Zustand entlassen. Auch bei 58,3% ($n=7$) der Kinder mit Frühkindlichen Hirnschädigungen waren Behandlungserfolge zu verzeichnen. Unter Patienten und Patientinnen, die mit Epilepsie beeinträchtigt waren, wurde ein Kind (33,3 %) mit Verbesserung des Zustandes entlassen. Verbesserung bei Patienten und Patientinnen mit Down-Syndrom wurde in 14,3% ($n=1$) der Fälle beschrieben. Das einzige Kind mit Morbus Crouzon (100%) ist mit Erfolg aus der stationären Behandlung entlassen worden. Bei den Patienten und Patientinnen mit Infantiler Zerebralparese als Erstdiagnose ($n=2$, 100%) sowie bei den Patienten mit Aminoazidurie ($n=1$, 100%) und Psychopathie ($n=1$, 100%) konnten keine Behandlungserfolge vermerkt werden.

III.6.6 Diagnose und EEG

In 50% ($n=4$) der Fälle trat ein pathologisches EEG in Verbindung mit einer Intelligenzminderung auf. Häufigste Erstdiagnose war bei den Patienten mit einem pathologischem EEG jedoch eine Frühkindliche Hirnschädigung ($n=5$; 62,5%). Mit 37,5% ($n=3$) wiesen Kinder mit Entwicklungsrückstand ebenfalls ein pathologisches EEG auf. Die Voraussetzungen für die Signifikanztestung waren teilweise nicht erfüllt, weshalb ein Signifikanztest an dieser Stelle nicht erfolgt ist.

III.6.7 Diagnose und Geschlecht

Entwicklungsrückstand als Erstdiagnose, stellte sich deutlich knabenwendig dar. 87,5% ($n=7$) der Betroffenen waren Jungen. Ebenfalls geschlechtsspezifisch (100% Jungen) waren die Diagnosen Psychopathie und Aminoazidurie einzuordnen. Von Morbus Crouzon war ein Mädchen (100%) betroffen. Weitere Diagnosen waren relativ ausgeglichen zwischen den Geschlechtern verteilt. Intelligenzminderung erhielten als Diagnose 36 Mädchen (61%) und 23 Jungen (39%). Etwa zwei Drittel der Knaben (64,3%; $n=9$) erhielten als Erstdiagnose eine Milieuschädigung, Mädchen waren zu 37,5% ($n=5$) betroffen. Epilepsie wurde bei 66,7% ($n=2$) der Jungen und 33,3% der Mädchen ($n=1$) diagnostiziert. Frühkindliche Hirnschädigung trat bei 58,3% ($n=7$) weiblichen und 41,7% ($n=5$) männlichen Patienten auf. Infantile Cerebralparese war genau gleichmäßig zwischen den Geschlechtern verteilt (jeweils $n=1$; 50%). 4 Knaben (57,1%) und 3 (42,9%) Mädchen waren vom Down Syndrom betroffen. Die Voraussetzungen für die Signifikanztestung waren teilweise nicht erfüllt, weshalb auch an dieser Stelle auf ein Signifikanztest verzichtet wurde.

III.6.8 Diagnose und Geburtsverlauf

Bei den Patienten und Patientinnen, bei denen Geburtskomplikationen aufgetreten waren, stellten sich 13 (61,9%) als intelligenzgemindert heraus. Dass der Geburtsverlauf einen möglichen Einfluss auf Intelligenzminderung hatte, konnte nicht bestätigt werden ($\chi^2 = 0.137$, $df = 1$, $p > 0.05$).

Bei den 58,3% Patienten und Patientinnen ($n=8$) mit frühkindlichen Hirnschädigungen wurden Geburtskomplikationen anamnestisch erwähnt. Die Voraussetzungen für einen Signifikanztest waren nicht erfüllt.

III.6.9 Diagnose und Alter

Das Klientel wurde in vier Altersgruppen untersucht. Bei den Kindern in der Altersgruppe von 0 bis 7 Jahren wurde am häufigsten als Erstdiagnose eine Intelligenzminderung vergeben (29,6%; $n=32$). Ebenfalls am häufigsten war eine

Intelligenzminderung in den Altersgruppen 8 bis 10 (18,5%; $n=20$), 11 bis 13 mit 3,7% ($n=4$) und über 14 Jahre mit 2,8% ($n=3$).

Weitere Diagnosen waren unspezifisch in den Altersgruppen verteilt. An dieser Stelle wurde auch auf ein Signifikanztest verzichtet, weil die Voraussetzungen teilweise nicht erfüllt waren.

III.6.10 Diagnose und Aufenthaltsdauer

Ein Kind, welches sich 424 Tage in stationärer Behandlung befand, erhielt als Aufnahmegrund eine Diagnose aus dem Kapitel F60-F69, "Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" als Hauptdiagnose.

Die Patienten und Patientinnen ($n=14$), deren Hauptdiagnosen dem Kapitel „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90-F98) zuzuordnen waren, befanden sich im Mittel 497,64 Tage in stationärer Behandlung.

Eine Hauptdiagnose aus dem F80-F89-Bereich („Entwicklungsstörungen“) erhielten 8 Kinder und Jugendliche, die sich im Mittel 769,25 Tage in stationärer Behandlung befanden.

Die Patienten und Patientinnen mit der Hauptdiagnose aus dem F90-F98- Kapitel der ICD-10-WHO („Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“) befanden sich im Mittel 497,64 Tage in stationärer Behandlung.

Betrachtet man die psychiatrischen Hauptdiagnosen, so befanden sich die Kinder, bei denen die Diagnose aus dem ICD-10-WHO Kapitel F70-F79 „Intelligenzstörung“ als Hauptdiagnose verteilt wurde, am längsten in stationärer Behandlung (1592,9 Tage).

Eine große Gruppe machten die Patienten und Patientinnen aus, welche in das Krankenhaus mit Hauptdiagnosen aus dem somatischen Bereich eingeliefert wurden. Ein Patient mit Aminoazidurie (E72) befand sich 4806 Tage in stationärer Behandlung, gefolgt vom Kind mit Morbus Crouzon (Q75.1), welches 3603 Tage stationär im Krankenhaus verbrachte.

Die Patienten und Patientinnen mit frühkindlicher Hirnschädigung (P90.1) befanden sich im Mittel 1169,17 Tage stationär. Die Aufenthaltsdauer bei Kindern mit Down

Syndrom (Q90.0) sowie Epilepsie (G40) betrug im Mittel etwa die Hälfte dieser Zeit. Zudem befanden sich im Bezirkskrankenhaus Ueckermünde stationär 2 Kinder mit der Hauptdiagnose Infantile Zerebralparese (G80). Die Aufenthaltsdauer dieser Patienten betrug im Mittel 119 Tage.

Tab. 10 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose

Diagnosezuordnung nach ICD-10-WHO	Anzahl der Patienten	Mittelwert der Aufenthaltsdauer
F60-69	1 (0,93%)	424,00
F70-79	59 (54,63%)	1592,90
F80-89	8 (7,41%)	769,25
F90-F98	14 (12,96%)	497,64
G40	3 (2,78%)	692,33
G80	2 (1,85%)	119,00
P90.1	12 (11,11%)	1160,17
Q75.1	1 (0,93%)	3603,00
Q90.0	7 (6,48%)	627,71
E72	1 (0,93%)	4806,00

III.7 Familiäre und soziale Situation

III.7.1 Familiärer Hintergrund

Fokussiert man die vorhandenen Angaben zum familiären Hintergrund, so wuchsen 49,5% ($n=51$) der Kinder in einer Familie mit ihren leiblichen Müttern und Vätern auf. Bei 20,4% ($n=21$) der Kinder war die Mutter alleinerziehend. 2 Kinder (1,9%) wuchsen allein mit dem Vater auf. 17 Patienten und Patientinnen (16,6%) wuchsen in einer Pflegefamilie bzw. in einem Heim auf.

In 1,9% ($n=2$) der Fälle war das Kind nicht das leibliche Kind zur Mutter, bei 9,7% ($n=10$) nicht das leibliche Kind zum Vater. ($n_{gesamt}=103$)

III.7.2 Schulbildung der Eltern

Zur Schulbildung der Eltern sind wenige Angaben erfolgt. 15,7% ($n=17$) der Mütter hatten keine Schulbildung. Die 6. Klasse haben 13,0% ($n=14$) der Frauen abgeschlossen, die 8. Klasse 9,3% ($n=10$). Die 10. Klasse wurde von 1,85% der Mütter ($n=2$) abgeschlossen, eine Mutter (0,93%) erreichte einen Hochschulabschluss. (Mütter $n_{gesamt}=44$)

Die Väter hatten überwiegend keinen Schulabschluss (15,7%; $n=17$). Die 8. Klasse haben 10,0% ($n=11$), die 6. Klasse 5,6% ($n=6$) der Männer abgeschlossen. Einen Abschluss der 10. Klasse erreichten 1,85% der Väter ($n=2$). (Väter $n_{gesamt}=36$).

III.7.3 Berufsausbildung der Eltern

Die Berufsausbildung betreffend gab es nur wenige Angaben. Zur Berufsausbildung der Mütter gab es 49, zu der der Väter 45 Vermerke. Davon hatten 87,8% der Mütter ($n=43$) und 64,5% der Väter ($n=29$) keinen erlernten Beruf.

III.7.3.1 Ausbildung der Eltern und Patientenalter

Das Alter der Kinder und Jugendlichen unterschied sich nicht signifikant davon, welchen Beruf der Kindesvater erlernt hat, $F(3,58) = 0,601$, $p > 0,05$ (nach der

einfaktoriellen ANOVA). Die Kinder der nicht berufstätigen Väter waren im Mittel 7;9 Jahre alt, die Kinder, deren Väter als einfache Arbeiter angestellt worden sind, waren im Mittel 7;2 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Kinder von Facharbeitern war 6;8 Jahre, bei Vätern mit höherem Bildungsgrad lag das Alter der Kinder bei 8;9 Jahre.

Ebenfalls unterschied sich das Alter der Kinder und Jugendlichen nicht signifikant davon, welchen Beruf die Kindesmutter ausübte, $F(3,58) = 1.590$, $p > 0.05$, nach der einfaktoriellen ANOVA. Die Kinder der nicht berufstätigen Mütter waren im Mittel 7;7 Jahre, die Kinder der einfachen Arbeiterinnen 6;7 Jahre, die der Facharbeiterinnen 6;3 Jahre und bei Müttern mit höherem Bildungsgrad 9;9 Jahre alt.

III.7.3.2 Ausbildung der Eltern und Fremdplatzierung

Bei einem deutlich größten Anteil der fremdplatzierten Kinder (85,3%; $n=29$) hatten die Mütter keine Berufsausbildung. An dieser Stelle wurde jedoch auf ein Signifikanztest verzichtet, weil die Voraussetzungen teilweise nicht erfüllt waren.

63,3% ($n=19$) der fremduntergebrachten Kinder hatten Väter ohne Berufsausbildung. Fremdplatzierung war nach dem Exakten Test nach Fisher von der Ausbildung des Kindesvaters statistisch unabhängig ($\chi^2 = 0.048$, $df = 1$, $p > 0.05$).

III.7.4 Berufstätigkeit der Eltern

71,2% ($n=43$) der Mütter waren berufstätig. Demnach entsprach der Anteil der nicht-berufstätigen Mütter 28,8% ($n=17$; $n_{gesamt}=60$). Hingegen war der Anteil berufstätiger Väter mit 86,4% ($n=51$) größer ($n_{gesamt}=59$).

III.7.5 Substanzmissbrauch der Eltern

Alkoholmissbrauch wurde bei 2,8% der Mütter ($n=3$) und bei 13,0% der Väter ($n=14$) beschrieben. Es wurden keine Fälle von Medikamentenmissbrauch vermerkt.

III.7.6 Psychiatrische Erkrankungen der Eltern

In 5,6% ($n=6$) der Fälle war eine psychiatrische Erkrankung der Mutter bekannt. Weiterhin waren 14,9% ($n=16$) der Mütter intelligenzgemindert und 3,7% ($n=4$) zeigten „abweichendes Verhalten“. Ähnlich zeigten sich psychische Auffälligkeiten bei den Vätern. Bei 1,85% ($n=2$) lag eine psychiatrische Krankheit, bei 9,3% ($n=10$) eine Intelligenzminderung und bei 9,3% ($n=10$) „abweichendes Verhalten“ vor.

III.7.6.1 Substanzmissbrauch/ psychiatrische Erkrankung und Fremdplatzierung

Vier Kinder (66,7%) mit psychisch erkrankten Müttern wurden nach dem stationären Aufenthalt fremdplatziert. Größer zeigte sich der Prozentanteil der fremduntergebrachten Kinder, bei denen die Mütter intelligenzgemindert waren (82,4%, $n=14$). Weiterhin aus der Familie rausgenommen wurden 75% der Kinder ($n=3$), deren Mütter abweichendes Verhalten zeigten. 41 Kinder (63,1%) der psychisch gesunden Mütter waren nicht fremdplatziert. An dieser Stelle wurde auch auf ein Signifikanztest verzichtet, weil die Voraussetzungen teilweise nicht erfüllt waren.

Bei den psychisch erkrankten Vätern waren 100% der Kinder ($n=2$) fremdplatziert. 70% der Kinder ($n=7$), deren Väter Intelligenzgemindert waren, waren fremd untergebracht. Identisch zeigten sich die Statistiken bei Vätern, die abweichendes Verhalten zeigten (70%, $n=7$). Kinder der psychisch gesunden Väter waren in 66,2% der Fälle ($n=45$) nicht fremduntergebracht. Auch an dieser Stelle wurde auf ein Signifikanztest verzichtet, weil die Voraussetzungen teilweise nicht erfüllt waren.

Alkoholmissbrauch der Mutter wurde in 2 Fällen der Fremdplatzierten vermerkt (66,7%). Ebenfalls an dieser Stelle wurde, aufgrund der teilweise nicht erfüllten Voraussetzungen, auf einen Signifikanztest verzichtet.

Die Statistiken zeigten, dass Fremdplatzierung nach dem Exakten Test nach Fisher vom Alkoholmissbrauch des Kindesvaters statistisch unabhängig war, ($\chi^2 = 0.187$, $df = 1$, $p > 0.05$). Der Prozentrang der fremduntergebrachten Kinder von alkoholkranken Vätern lag bei 71,4% ($n=10$), allerdings auch ähnlich bei Kindern, bei deren Vätern kein Beweis auf Alkoholmissbrauch bestand (65,5%; $n=59$).

III.7.7 Geschwisteranzahl

Die Anzahl der Geschwister der zu untersuchenden Gruppe reichte von keinem bis zu maximal elf. Der überwiegende Anteil (22,58%; $n=25$) hatte ein Geschwisterkind. In 16,13 % der Fälle ($n=18$) waren die Patienten Einzelkinder. Die Aufteilung der Kinder, die zwischen zwei und sechs Geschwister hatten, zeigte sich relativ ausgeglichen. Zwei Geschwister hatten 11,83% der Patienten und Patientinnen ($n=13$); drei 13,98% ($n=15$), vier 11,83% ($n=13$), fünf 6,45% ($n=7$) und sechs 9,68% ($n=10$) der Kinder. Sieben Geschwister hatten 3 Patienten und Patientinnen (3,23%). 2 Kinder hatten acht Geschwister (2,15%) und jeweils ein Kind hatte neun bzw. elf Geschwister (jeweils 1,08%).

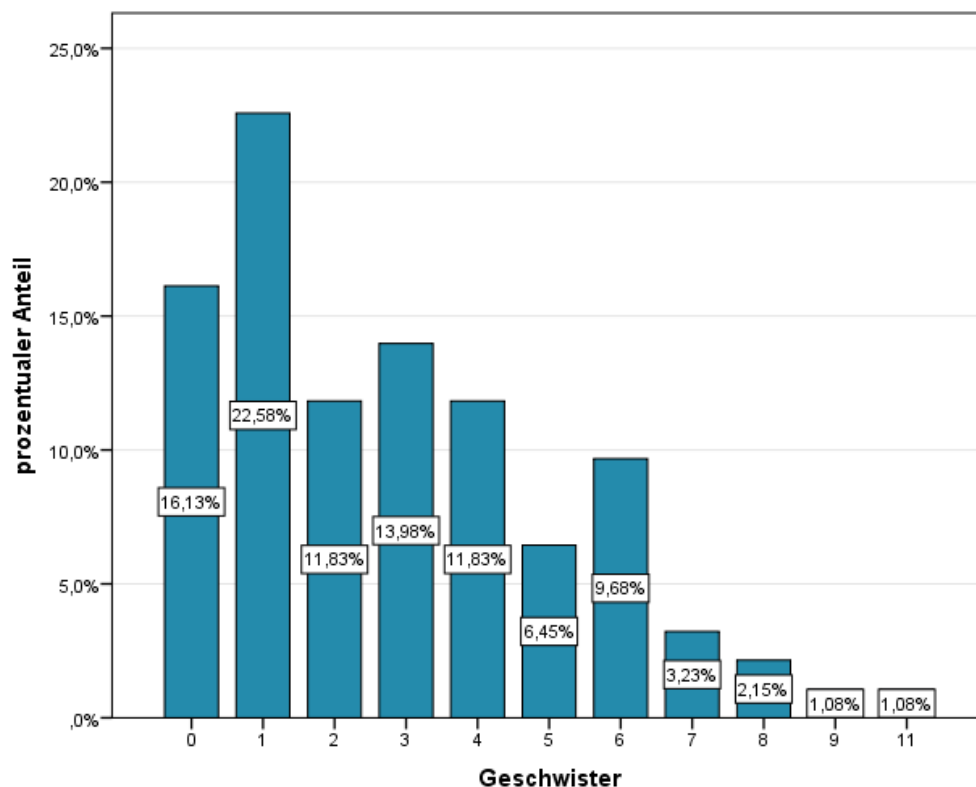


Abb. 10 Geschwisteranzahl der Patienten und Patientinnen

III.7.8 Im Heim lebende Geschwister

Es war anamnestisch bekannt, dass sich Geschwisterkinder von 17 Patienten und Patientinnen (20,5%) in Fremdunterbringung befanden ($n_{gesamt} = 83$).

III.7.9 Milieu

Die Milieuverhältnisse der Familien wurden in 73,5% ($n=72$) der Fälle als eher niedrig, teilweise auch als ungünstig, bewertet ($n_{\text{gesamt}}=98$). Milieuschädigung wurde in zwei Gruppen „ausreichendes Milieu“ und „niedriges Milieu“ unterteilt.

Das Alter der Kinder und Jugendlichen zeigte sich unabhängig vom Milieuschaden ($\text{Alter}_{\text{diff}} = 0.6064$, $\text{SE} = 0.72$, $t(96) = 0.840$, $p > 0.05$). Das Durchschnittsalter der Kinder, deren häusliches Milieu als geschädigt beschrieben wurde, waren im Mittel 7,6 Jahre, die Kinder und Jugendlichen aus nicht geschädigtem Milieu 8,2 Jahre alt.

Hoch signifikant zeigte sich die Abhängigkeit zwischen Milieuschädigung und Fremdplatzierung nach der Entlassung ($\chi^2 = 18,641$, $df = 1$, $p < 0.001$) sowie Heimerziehung vor der Aufnahme ($\chi^2 = 16,471$, $df = 1$, $p < 0.001$). Bei 58 Kinder (86,6%), bei denen eine Milieuschädigung vorlag, wurden nach der stationären Behandlung Hilfen zur Erziehung initiiert. Im Vergleich haben 45,2% ($n=14$) keine Hilfen erhalten. Bei Kindern und Jugendlichen mit vorausgegangener Heimerfahrung waren bei 94,6% der Fälle ($n=35$) Milieuschädigungen beschrieben worden.

Tab. 11 Milieu und Fremdplatzierung bzw. Heimerziehung

	Keine Hilfen	Hilfen zur Erziehung nach der Entlassung	Heimerziehung vor der Aufnahme	Fremdplatzierung nach der Entlassung
Milieuschaden	14 (45,2%)	58 (86,6%)	35 (94,6%)	27 (81,8%)
Ausreichendes Milieu	17 (54,8%)	9 (13,4%)	2 (5,4%)	6 (18,2%)
Gesamt	31	67	37	33

III.8 Versorgungsstruktur

III.8.1 Einweisende Stelle

Die meisten Einweisungen (50,47%; $n=54$) erfolgten durch einen Kreisarzt. Zweithäufigste einweisende Institution war eine kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle (Poliklinik) mit 38,32% ($n=41$), gefolgt von auswärtigen Kliniken (9,34%; $n=10$). Einweisung durch eine Heimeinrichtung erfolgte in 1,87% der Fälle ($n=2$). ($n_{\text{gesamt}}=107$).

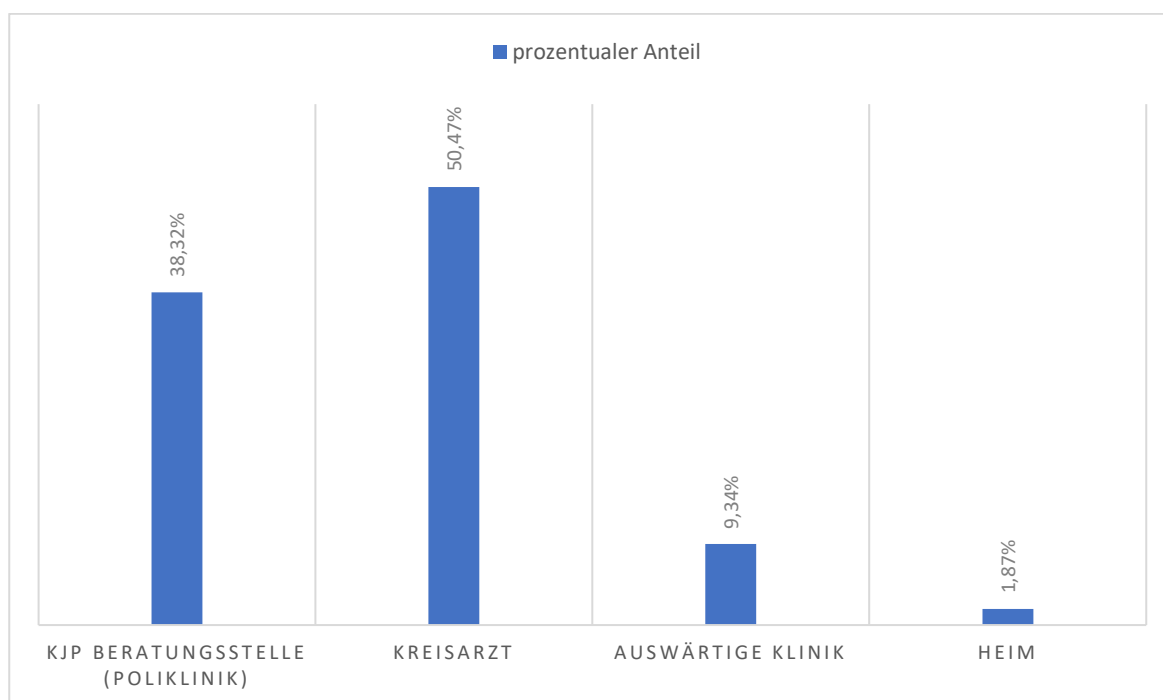


Abb. 11 Verteilung der einweisenden Institutionen

III.8.2 Weiterbehandelnde Stellen

Weiterführende Behandlungsstellen wurden nach der Entlassung aus der Klinik bei 35 Patienten und Patientinnen (32,41%) nicht in Anspruch genommen. Die ambulante Jugendhilfe übernahm bei 24 Kindern und Jugendlichen (22,22%) die Fortführung der Betreuung. Durch Pflegeheime wurden 13,89% der Patienten ($n=15$) weiter betreut, 11,11% ($n=12$) durch Kinderheime. Die Weiterbehandlung erfolgte in 9,26% ($n=10$) der Fälle durch die eigene Poliklinik. Auswärtige Kliniken übernahmen die

Weiterbehandlung in 7,41% ($n=8$) der Fälle. 1,85% der Patienten und Patientinnen ($n=2$) wurden durch einen niedergelassenen Arzt weiterbehandelt. Ebenfalls 1,85% ($n=2$) der Kinder wurden in einem Internat platziert. ($n_{\text{gesamt}}=108$).

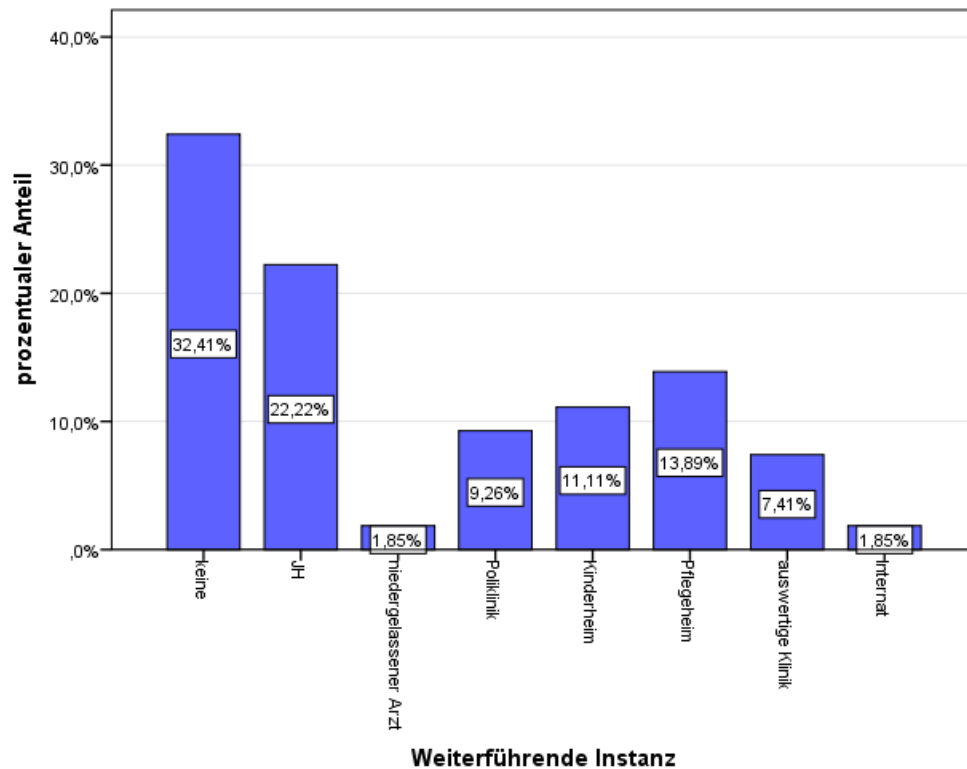


Abb. 12 Verteilung der weiterbehandelnden Institutionen

III.8.3 Überweisung von der Klinik in Heime

In 25,2% ($n=27$) der Fälle erfolgte eine Überweisung von der Klinik in ein Heim. 9,34% ($n=10$) wurden direkt verlegt. Am häufigsten (bei 7 Patienten und Patientinnen) erfolgte die Verlegung in das „Pflegeheim für entwicklungsgestörte Kinder“ in Ducherow. Bei 3,73% ($n=4$) wurde eine entsprechende Empfehlung für eine Heimunterbringung ausgesprochen. ($n_{\text{gesamt}}=107$).

III.9 Vergleich der Klientel der kinder- und jugendpsychiatrisch behandelten Patienten in Ueckermünde und Rostock im Jahr 1960

Zum Vergleich wurden diejenigen Patienten und Patientinnen herangezogen, welche in den Jahren 1959-1961 in der Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie in Ueckermünde und welche im Jahr 1960 in der Kinder-Neuro-Psychiatrie der Uniklinik Rostock stationär aufgenommen worden waren.

Verglichen wurden die personenbezogenen, anamnestischen sowie klinischen Daten der Gesamtklientel. Insbesondere wurden Daten im Hinblick auf Fremdplatzierung und Heimerfahrung analysiert. In Ueckermünde wurden von 108 untersuchten Patienten 30,6% ($n=33$) in ein Heim überwiesen. Deutlich geringer war der Anteil in der Rostocker Klinik, wo es unter 170 untersuchten Patienten und Patientinnen nur in 10% der Fälle ($n=17$) zu einer Heimunterbringung kam.

III.9.1 Geschlecht

Die Geschlechterverteilung in der Ueckermünder Klinik ($n_w=55$, 50,9%; $n_m=53$, 49,1%) zeigte sich relativ ausgeglichen. Betrachtet man die Gruppe der fremdplatzierten Patienten, so waren Jungen mit 69,7 % ($n=23$) den Mädchen (30,3%, $n=10$) überlegen.

Im Vergleich dazu befanden sich in Rostock wesentlich mehr männliche als weibliche Patienten in Behandlung ($n_m=130$, 76,5%; $n_w=40$, 23,5%). Ebenfalls war die Anzahl der fremdplatzierten Knaben ebenfalls größer ($n_m=11$, 64,7%; $n_w=6$, 35,3%).

III.9.2 Alter der Patienten

Das Durchschnittsalter der in den Jahren 1959-1961 insgesamt aufgenommenen Patienten in Ueckermünde und 1960 in Rostock zeigte keinen deutlichen Unterschied ($M_{Ueckermünde}=7;7$ Jahre; $M_{Rostock}=8;3$ Jahre). Anders zeigte es sich bei fremduntergebrachten Patienten, die in Ueckermünde deutlich jünger waren ($M=6;0$ Jahre) als in Rostock ($M=9;18$ Jahre).

III.9.3 Dauer der Behandlung

Sehr deutlich zeigte sich ein Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen beiden Kliniken. Die Behandlungsdauer in Ueckermünde war fast zwanzigfach länger als in Rostock ($M_{Ueckermünde}=1264,5$ Tage; $M_{Rostock}=67,5$ Tage).

Sehr ähnlich zeigte sich die Verteilung der Aufenthaltsdauer bei fremduntergebrachten Patienten. In Ueckermünde befanden sich diese Kinder im Mittel 987,3 Tage in stationärer Behandlung, in Rostock nur 94,3 Tage.

III.9.4 Einweisende Stellen

Die überwiegende Anzahl der Aufnahmen erfolgte sowohl in Ueckermünde, als auch in Rostock über einen Kreisarzt ($n_{Ueckermünde}=54$; 50,47%, $n_{Rostock}=34$; 30,1%). An zweiter Stelle stand bei den Patienten und Patientinnen aus Ueckermünde die eigene Poliklinik mit 38,32% ($n=41$), gefolgt von auswärtigen Kliniken (9,34%; $n=10$). Genau umgekehrt zeigten sich die Ergebnisse der Rostocker Analyse. Die zweit häufigste Einweisungsstelle war eine auswärtige Klinik ($n=22$; 19,5%). Die eigene Poliklinik überwies 15 Patienten (13,3%). Die Einweisung durch ein Heim erfolgte in Ueckermünde bei 2 Patienten (1,87%) und in Rostock bei 5 (4,4%). Weiterhin wurde bei Rostocker Patienten und Patientinnen durch die Jugendfürsorge ($n=13$, 11,5%), durch die Eltern ($n=13$, 11,5%) und durch die Schule ($n=11$, 9,7%) eine Behandlung angeregt. Bei keinem Patienten, der in Ueckermünde von 1959 - 1961 behandelt worden ist, konnten diesbezügliche Einweiser nachgewiesen werden.

III.9.5 Weiterbehandelnde Stellen

Nach der Entlassung aus der Ueckermünder Klinik wurde die Behandlung bei 35 Patienten und Patientinnen (32,41%) nicht fortgeführt. Keine Nachbehandlung erfolgte in Rostock nur vereinzelt ($n=3$; 2,7%). Die Nachbehandlung in Rostock wurde in 52,2% der Fälle durch einen niedergelassenen Arzt übernommen. Dies konnte bei Ueckermünder Patienten und Patientinnen nur in 1,85% der Fälle ($n=2$) nachgewiesen werden. Als zweithäufigste Nachbehandlungsstelle wurde in beiden Kliniken eine Hilfe durch die Jugendfürsorge genannt ($n_{Ueckermünde}=24$; 22,32%; $n_{Rostock}=16$; 14,2%). An

dritter Stelle in der Nachbehandlung kam in Ueckermünde ein Pflegeheim ($n=15$; 13,69%). In der Rostocker Analyse wurde kein nachbehandelndes Pflegeheim erwähnt. Dafür haben an dritter Stelle auswärtige Kliniken nach der Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock die Weiterbehandlung übernommen ($n=14$; 12,4%). Nur dezent geringer zeigte sich die Anzahl von Überweisungen aus Ueckermünde in eine auswärtige Klinik ($n=8$; 7,41%). Relativ ausgeglichen zeigte sich in beiden Kliniken die Weiterbehandlung durch ein Kinderheim ($n_{Ueckermünde}=12$, 11,11%; $n_{Rostock}=12$, 10,6%) sowie durch die eigene Poliklinik ($n_{Ueckermünde}=10$, 9,26%; $n_{Rostock}=9$, 8,0%). Außerdem wurde bei zwei (1,85%) aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in Ueckermünde entlassenen Patienten und Patientinnen, eine Aufnahme in ein Internat beschrieben ($n_{gesamt\ Ueckermünde}=108$; $n_{gesamt\ Rostock}=113$).

III.9.6 Behandlungserfolg

Behandlungserfolge zeigten sich in Ueckermünde sowie in Rostock relativ ähnlich. In Ueckermünde wurde in 52,8% ($n=57$) und in Rostock in 39,7% ($n=46$) die Behandlung als Erfolg gewertet.

Deutlich größer zeigte sich der Behandlungserfolg bei fremdplatzierten Patienten in Ueckermünde, verglichen mit fremdplatzierten Patienten aus Rostock. Eine Besserung des Zustandes wurde in Ueckermünde bei 48,5% der Patienten ($n=16$) vermerkt, 7 (21,2%) waren ohne Veränderung in die Fremdunterbringung entlassen. In Rostock wurde ein Erfolg der Behandlung bei nur 3 fremdplatzierten Patienten beschrieben (20%), bei 73,3% der Patienten und Patientinnen ($n=11$) blieb der Zustand unverändert.

III.9.7 Wiederholung der Behandlung

In den Jahren 1959-1960 wurden in Ueckermünde insgesamt 8 Patienten mehr als einmal stationär aufgenommen, darunter 7 Patienten und Patientinnen zweimal und ein Kind dreimal ($n_{gesamt}=108$). In Rostock wurden 16 Patienten zweimal stationär behandelt ($n_{gesamt}=170$).

III.9.8 Intelligenz

Zwischen den erfassten Intelligenzquotienten der Klientel ergaben sich keine signifikanten Differenzen. Bei 68% aller Ueckermünder Patienten und Patientinnen lag eine Intelligenzminderung vor, bei den Rostocker Patienten und Patientinnen lag dieser Wert bei 62,5% ($n=80$). Deutlich unterschiedlich zeigte sich die Geschlechtsverteilung in Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung. Intelligenzgeminderte Patientinnen machten in Ueckermünde 67,3% ($n=37$) und in Rostock nur 17% ($n=22$) der Gesamtklientel aus. Die Anzahl der Jungen mit weit unterdurchschnittlichem Intelligenzquotienten lag in Ueckermünde bei 41,2% ($n=26$) und in Rostock bei 60,4% ($n=58$).

81,8% ($n=27$) der fremduntergebrachten Patienten und Patientinnen in Ueckermünde waren intelligenzgemindert. In Rostock waren 53,3% ($n=8$) von Intelligenzminderung betroffen.

III.9.9 Entwicklungsverzögerungen

Definitiv häufiger wurden Entwicklungsverzögerungen in Ueckermünde als in Rostock beschrieben. In Ueckermünde lag die Anzahl der Patienten und Patientinnen mit motorischem Entwicklungsrückstand bei 57,4% ($n=62$), in Rostock hingegen nur bei 3,7% ($n=4$). Den zweitgrößten Anteil bildeten in Ueckermünde die Patienten mit Sprachentwicklungsrückständen (47,1%; $n=51$). In Rostock waren es nur 21,5% ($n=23$) der Patienten. Ebenfalls mehr als doppelt so hoch wie in Rostock zeigte sich die Patientenanzahl mit Sauberkeitsentwicklungsverzögerungen in Ueckermünde ($n_{Ueckermünde}=26$; 24,1%), ($n_{Rostock}=9$; 8,4%). Diese Tendenz wurde auch bei Leistungsrückständen festgestellt. Bei den Patienten und Patientinnen in

Ueckermünde waren wesentlich häufiger ($n=42$; 38,9%) als in Rostock ($n=3$; 2,8%) Leistungsverzögerungen vermerkt. Keine Entwicklungsrückstände wurden in Ueckermünde bei 12 Kinder (10,1%) und in Rostock bei 35 Kinder (32,7%) beschrieben. Weiterhin waren kombinierte Entwicklungsverzögerungen zu verzeichnen, von denen 54,6% ($n=59$) der Ueckermünder und 30,8% ($n=33$) der Rostocker Patienten und Patientinnen betroffen waren.

Entwicklungsverzögerungen bei fremdplatzierten Patienten in Rostock wurden ebenfalls seltener vermerkt. So waren 13,3% der Patienten ($n=2$) mit Verzögerungen im sprachlichen und 6,7% ($n=1$) im motorischen Bereich erfasst worden. In Ueckermünde lagen bei 54,5% ($n=18$) der Patienten und Patientinnen Entwicklungsrückstände der Sprache und bei 60,6% ($n=22$) Rückstände der motorischen Entwicklung vor.

Ebenfalls hoch zeigten sich Rückstände der Sauberkeitsentwicklung (33,3%; $n=11$) und der Leistung (48,5%; $n=16$) bei fremdplatzierten Patienten in Ueckermünde. Diesbezüglich wurde in der Rostocker Analyse keine Stellung genommen.

III.9.10 Anzahl der Geschwister

Relativ ausgeglichen zeigte sich die Anzahl der Geschwister von den Patienten und Patientinnen in beiden Kliniken. 16,13% der Patienten in Ueckermünde ($n=18$) und 16,5% der in Rostock behandelten Kinder und Jugendlichen ($n=19$) waren Einzelkinder. Ein Geschwisterkind wurde bei 25 Klienten und Klientinnen (22,58%) in Ueckermünde und bei 31 Patienten und Patientinnen (27%) in Rostock vermerkt. Zwei Geschwister wurden bei 13 Ueckermünder (11,83%) und bei 25 Rostocker Patienten und Patientinnen (21,7%) beschrieben. Kinderreiche Familien machten in Ueckermünde einen etwas höheren Anteil aus. Dort lag der Prozentsatz bei 48,14% ($n=52$) und in Rostock bei 34,8% ($n=40$). ($n_{Ueckermünde}=108$; $n_{Rostock}=115$).

III.9.11 Anzahl der Geschwister im Heim

Die Verteilung der Anzahl der Geschwisterkinder in Heimen war in Ueckermünde fast fünfmal höher als in Rostock. In Rostock wurden bei nur 5 Patienten (4,4%), in Ueckermünde hingegen bei 17 (20,5%) Patienten und Patientinnen in Heimen lebende Brüder oder Schwestern vermerkt ($n_{\text{gesamt Ueckermünde}}=83$; $n_{\text{gesamt Rostock}}=115$).

III.9.12 Familiäre Situation

Es konnten in 103 Akten in Ueckermünde und in 115 in Rostock Angaben zur familiären Situation gefunden werden. Die Anzahl von zusammenlebenden Eltern war in der Rostocker Klinik etwas höher ($n=65$; 64,4%) als in der Ueckermünder Klinik ($n=51$; 49,5%).

Andererseits war der Anteil der „Normalfamilien“ bei fremduntergebrachten Kindern in beiden Kliniken relativ gering (Ueckermünde: 24,2%; $n=8$; Rostock: 35,7%; $n=5$).

III.9.13 Bildungsstand der Eltern

Es gab in beiden Kliniken relativ wenig Angaben zur Bildungssituation der Eltern (Ueckermünde: $n_{\text{Mutter}}=44$; $n_{\text{Vater}}=36$; Rostock: $n_{\text{Mutter}}=50$; $n_{\text{Vater}}=46$).

Deutlich geringer zeigte sich der Bildungsstand der Mütter in Ueckermünde, da die 8. Klasse nur 9,3% ($n=10$) und die 10. Klasse nur 1,85% ($n=2$) der Mütter abgeschlossen hatten. In Rostock erreichten 48% ($n=24$) einen Abschluss der 8. Klasse und 46% ($n=23$) einen 10-klassigen Abschluss. Ähnlich zeigte sich die Situation bei der Schulbildung der Väter. Einen 8-Klassen-Abschluss hatten 11 Väter (10,0%) der Ueckermünder und 14 (13%) der Rostocker Patienten und Patientinnen. Bei der Vergleichsanalyse beider Kliniken ergab sich ein signifikanter Unterschied bzgl. des 10-Klassen-Abschlusses bei Vätern. In Rostock haben 56,5% der Väter ($n=26$) die Schule abgeschlossen, in Ueckermünde waren es nur 2 (1,85%).

III.9.14 Substanzmissbrauch und psychische Erkrankung der Eltern

Psychisch erkrankt waren 6,5% der Mütter ($n=6$) und 2,2% der Väter ($n=2$) aller in Ueckermünde behandelten Kinder und Jugendlichen ($n_{gesamt}=92$). In Rostock zeigten sich diese Zahlen deutlich höher. Bei 20,9% der Mütter ($n=23$) und 22,9% der Väter ($n=24$) lag eine psychische Erkrankung vor ($n_{gesamt}=105$).

Die Anzahl der alkoholabhängigen Eltern zeigte sich in beiden Kliniken ähnlich ($n_{gesamt\ Ueckermünde}=92$; $n_{gesamt\ Rostock}=106$). Der Anteil der Mütter mit Substanzmissbrauch betrug in Ueckermünde 2,8% ($n=3$) und in Rostock 1,9% ($n=2$). Im Vergleich dazu war die Anzahl der alkoholabhängigen Väter in beiden Krankenhäuser ähnlich, in Ueckermünde etwa fünfmal und in Rostock etwa siebenmal größer als bei den Müttern (Ueckermünde: 13,0%; $n=14$; Rostock: 15,1%; $n=16$).

Wesentlich höher zeigte sich der Anteil der psychischen Erkrankungen bei Eltern der fremduntergebrachten Patienten und Patientinnen im Jahr 1960. In Ueckermünde lag der Anteil der psychisch erkrankten Mütter bei 6,5% ($n=4$), der der Väter bei 3,3% ($n=2$). Deutlich höher zeigte sich die Anzahl der psychisch erkrankten Eltern von fremduntergebrachten Kinder in Rostock. Die Mütter waren in 16,7% ($n=2$) und die Väter in 36,4% ($n=4$) aller Fälle psychisch erkrankt.

Die Anzahl der alkoholabhängigen Eltern von fremdplatzierten Patienten und Patientinnen zeigte sich in den beiden Kliniken relativ ausgeglichen. In Ueckermünde lag dieses Ergebnis bei 36,4% ($n=12$) und in Rostock bei 33,4% ($n=4$).

III.9.15 Diagnosen

Aufgrund der Tatsache, dass in den Jahren 1959-1961 kein einheitliches Klassifikationsschema bestand, wurden die Diagnosen, wie bereits beschrieben, in das ICD-10 Klassifikationsschema übertragen. Dabei wurden diese gruppenspezifisch eingeordnet. Zur Vergleichsanalyse wurden die Diagnosen aus den Gruppen

F60 – 69, F70 – 79, F80 – 89 und F90 – 98 bei beiden Kliniken angewendet.

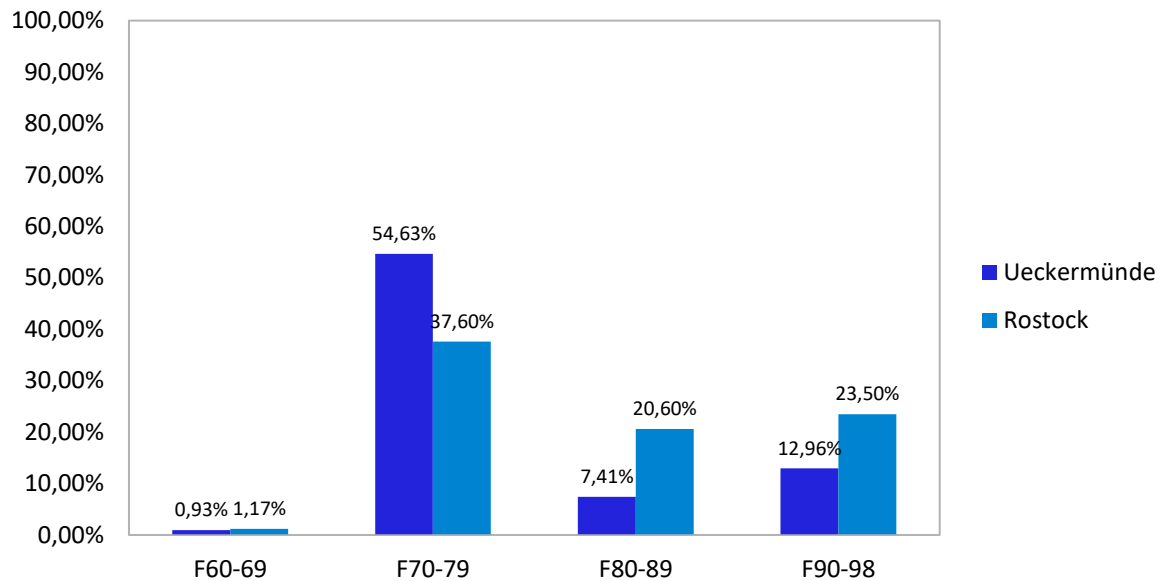


Abb. 13 Diagnoseverteilung der Gesamtklientel in Ueckermünde und Rostock

Obwohl die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose in beiden Kliniken in den Jahren 1959-1961 eine Intelligenzminderung (F70 - 79) war, wurde diese Diagnose häufiger in Ueckermünde vergeben. An zweiter Stelle wurden in den beiden Krankenhäusern die „Verhaltens- und emotionalen Störungen“ als Hauptgrund für die stationäre Aufnahme dokumentiert. In Rostock wurde diese Diagnose ca. zweifach häufiger festgestellt. Ähnlich zeigte sich die Diagnoseverteilung in der Gruppe von Entwicklungsstörungen, welche in beiden Kliniken den dritten Platz einnahmen. In Rostock wurden Diagnosen aus dieser Gruppe ca. dreifach häufiger als in Ueckermünde vergeben. Wie bereits beschrieben, wurden in Ueckermünde oft „nicht psychiatrische Diagnosen“ als Hauptdiagnosen vergeben (s. III.6.1). Dies wurde in Rostock nicht erwähnt.

Sehr ähnlich zeigte sich die Verteilung der Hauptdiagnosen bei Patienten und Patientinnen, welche nach der Entlassung fremduntergebracht wurden (s. Abb. 14).

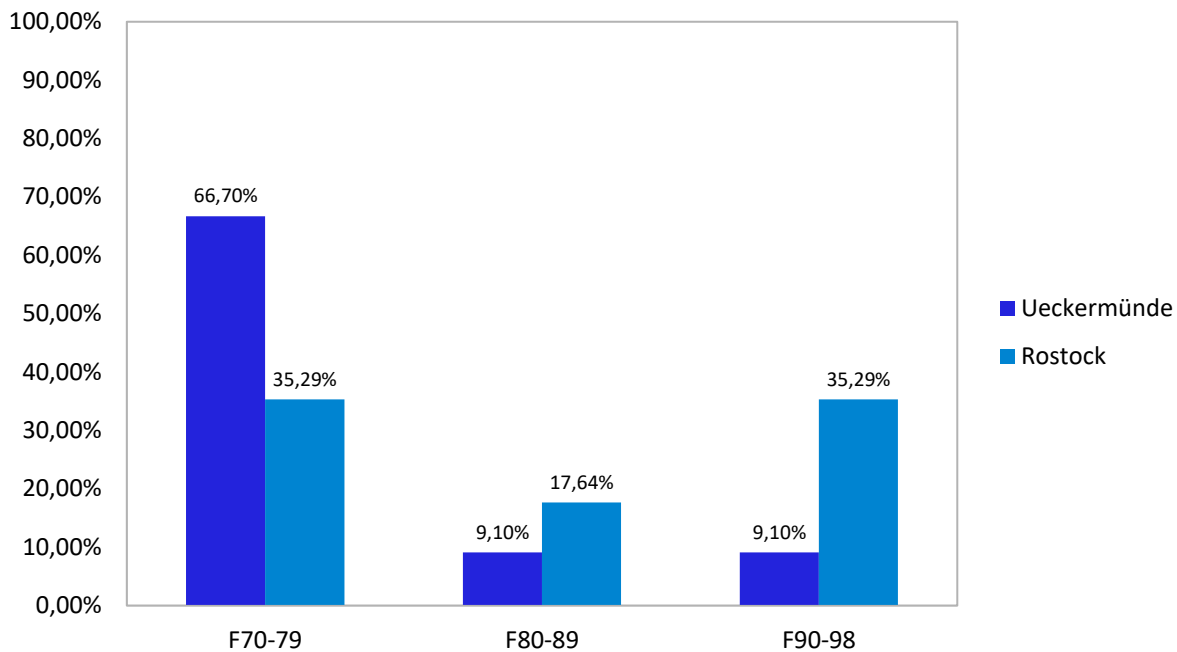


Abb. 14 Diagnoseverteilung der fremduntergebrachten Patienten und Patientinnen in Ueckermünde und Rostock

III.9.16 Sonstige Symptome

III.9.16.1 Aggression

Fast identisch zeigte sich der Anteil der aggressiven Patienten und Patientinnen im Gesamtklientel der beiden Kliniken im Jahr 1960. (Ueckermünde: $n=17$, 15,7%; Rostock: $n=17$, 14,4%).

Wesentlich höher als in Rostock ($n=3$; 20%) zeigte sich in Ueckermünde (76,5%, $n=13$) der Anteil der fremdplatzierten Patienten und Patientinnen mit aggressiven Verhaltensweisen.

III.9.16.2 Konzentrationsstörung

Ebenso wie beim Symptom Aggression zeigten sich in beiden Kliniken die Konzentrationsstörungen beim Gesamtklientel fast identisch. (Ueckermünde: $n=7$, 6,48%; Rostock: $n=8$; 6,8%).

5,63% ($n=4$) der fremdplatzierten Kinder in Ueckermünde wiesen Unkonzentriertheit auf. Dieser Prozentrang zeigte sich in Rostock ca. zweifach höher ($n=2$; 13,3%).

III.9.16.3 Stehlen

Von allen Patienten und Patientinnen, die in den Jahren 1959-1961 behandelt worden waren, trat Stehlen bei 10 Rostocker (8,5%) und bei 7 Ueckermünder (6,48%) Kindern und Jugendlichen auf. Ebenfalls sehr ähnlich zeigte sich der Anteil des Stehlens bei fremdplatzierten Kindern und Jugendlichen in beiden Kliniken (Rostock: $n=3$; 13%; Ueckermünde: $n=7$; 9,85%).

III.9.16.4 Unruhe

Unruhe wurde beim Gesamtklientel der Ueckermünder Klinik deutlich häufiger beschrieben als in der Rostocker Klinik (Ueckermünde: $n=31$, 28,7%; Rostock: $n=7$, 5,9%). In der Gruppe der fremdplatzierten Kinder und Jugendlichen war der Anteil an Hypermotorik in Rostock mit 20 % ($n=3$) hingegen höher als in Ueckermünde ($n=4$, 5,5%).

III.9.17 Medikamentengabe

Nur geringe Unterschiede zeigten sich in beiden Kliniken im Untersuchungszeitraum bezüglich der Medikamentengabe. In Rostock erhielten 19,8% der Patienten und Patientinnen ($n=22$) Psychopharmaka. In Ueckermünde wurden 30 Kindern und Jugendlichen Medikamente verabreicht (27,8%). Medikamente mit psychopharmakologischer Wirkung erhielten allerdings nur 17 Patienten und Patientinnen (15,8%).

In beiden Krankenhäusern erfolgte die Medikamentengabe unabhängig von einer geplanten Fremdunterbringung der Patienten und Patientinnen. Ebenfalls hatte die Medikamenteneinnahme keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg sowie auf die Aufenthaltsdauer in den Kliniken.

IV Diskussion

IV.1 Diskussion der Ergebnisse des Jahrganges 1960 in Ueckermünde

In der vorliegenden Arbeit wurden im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung 108 Patientenakten mit besonderem Fokus auf die anamnestischen Daten, den Verlauf und die Behandlung analysiert. Besonderer Wert wurde in dieser Arbeit auf die damalige Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und entsprechende Fremdplatzierungen gelegt. Die Analyse der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen und damit verbundene Probleme der „jugendpsychiatrischen Fürsorge auf dem Lande“ werden im Kontext mit einer Vergleichsanalyse der Universitätsklinik Rostock diskutiert.

IV.1.1 Geschlecht und Alter

Es gab keine nennenswerten Geschlechtsunterschiede bei den Aufnahmen. Das Durchschnittsalter bei der Einweisung in die Klinik zeigte sich bei den Jungen und Mädchen relativ ähnlich und lag im Mittel bei 7;7 Jahren. Auffallend war allerdings, dass den deutlich größten Anteil der aufgenommenen Patientinnen und Patienten Kinder bis zum vollendeten siebten Lebensjahr ausmachten. Die gleiche Beobachtung betrifft die jüngste Patientengruppe, was die Dauer der stationären Behandlung angeht. Die Patienten und Patientinnen, die vor dem achten Geburtstag in die Klinik aufgenommen worden sind, befanden sich am Längsten in stationärer Behandlung und die Aufenthaltsdauer nahm mit zunehmendem Aufnahmealter ab. Die Behandlungsdauer unterschied sich also vom Alter der Patienten und Patientinnen, aber nicht vom Geschlecht, da die Mädchen im Mittel 3,46 und Knaben 3,54 Jahre in stationärer Behandlung verbrachten.

IV.1.2 Intelligenzquotient

Aus der Aktenuntersuchung geht hervor, dass das Urteil über den Umfang der Bildungsfähigkeit der eingewiesenen Kinder eine wichtige Rolle gespielt hat. Der damalige Chefarzt der kinderneuropsychiatrischen Abteilung, Dr. Willi Schmitz,

beschäftigte sich intensiv mit der Problematik der mehrdimensionalen Diagnostik oligophrener Kinder (Grossmann und Schmitz 1961, S. 715). Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung oligophrener von „pseudoschwachsinnigen“ und von entwicklungsretardierten Kindern waren nicht unerheblich. Die diagnostischen Unzulänglichkeiten lagen einerseits in der unzureichenden Definition von Intelligenzminderung und andererseits in der medizinisch-pädagogischen Zusammenarbeit. Die testpsychologische Diagnostik steckte noch in den Kinderschuhen. Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder (HAWIK) gehört seit seinem ersten Erscheinen (1956) zu den meist gebrauchten Individualtests für Kinder. Es handelt sich dabei um eine Adaption der Wechsler Intelligence Scale for Children vom Jahr 1949 (Schallberger 2005, S. 7). In den untersuchten Patientenakten wurde ein Intelligenztest nur bei 13 Patienten und Patientinnen durchgeführt. Bei den übrigen Kindern wurde der Intelligenzquotient aufgrund der klinischen, multiprofessionellen Beobachtung (Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen) eingeschätzt.

Eine weit unterdurchschnittliche Intelligenz ist bei 68% der eingewiesenen Patienten und Patientinnen beschrieben worden. Die genaue Analyse des Intelligenzquotienten wurde dadurch erschwert, dass für die Beschreibung des Intelligenzniveaus in den Patientenakten verschiedene Begriffe benutzt wurden.

Neben der unter Kategorie 351K der ICD-6 „Angeborene und früherworbene Schwachsinnformen“ aufgelisteten Begrifflichkeiten: Debilität, Imbezillität und Idiotie (vgl. DIMDI 2017a), wurden auch weitere Bezeichnungen, z.B. Minderbegabung, Schwachsinn (leichten, mittleren und schwersten Grades) und mäßige sowie schwere Oligophrenie benutzt.

Bei der Geschlechtsverteilung der Intelligenzminderung geht man laut Fornfeld (2002, S. 65) von einem Verhältnis von 3:2 männlich zu weiblich aus, was laut Steinhausen (2002, S. 50) mit der höheren biologischen Vulnerabilität von Jungen zusammenhängen könne. In Ueckermünde bestand eine genau umgekehrte Proportionalität von 2:3; Mädchen waren häufiger als Jungen intelligenzgemindert.

Peri- und postnatale Geburtskomplikationen, darunter z.B. Umschlingungen der Nabelschnur, Asphyxie, Zwillingsgeburt und Frühgeburt traten mit gleicher Häufigkeit bei minderbegabten und normalintelligenten Patienten und Patientinnen auf. Die

Ursachen für die Entstehung vererbbarer geistiger Erkrankungen waren zum damaligen Zeitpunkt nur teilweise bekannt (Castell et al. 2003, S. 292).

Das Intelligenzniveau stand in einem engen Zusammenhang mit der Dauer der stationären Behandlung. Die Behandlungsdauer der Patienten und Patientinnen mit weit unterdurchschnittlicher Intelligenz war mehr als doppelt so lang wie die der Normalintelligenten.

Der Schwerpunkt der Ueckermünder Klinik lag nicht nur auf der Erkennung und Behandlung der psychiatrischen Störungen, sondern auch auf der Rehabilitation der Schwachsinnigen, die über Jahre an der angegliederten Sonderschule unterrichtet wurden. Der Erfolg der Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben wurde eher vom psychopathologischen Befund, als vom Intelligenzquotienten abhängig gemacht. Ein Entwicklungsrückstand wurde ebenso überwiegend subjektiv eingeschätzt und floss in den psychopathologischen Befund ein. Die Entwicklungsrückstände im Bereich der Sprache, Leistung sowie Motorik zeigten sich sowohl bei Intelligenzgeminderten als auch bei Normalintelligenten relativ gleich verteilt. Die Patienten und Patientinnen mit Sprachenentwicklungsverzögerung befanden sich wesentlich länger in stationären Behandlung als diejenigen mit altersentsprechender Sprachenentwicklung. Zudem wurden die Kinder und Jugendlichen ohne Defizite im Bereich der Sprache wesentlich häufiger als „erfolgreich behandelt“ aus dem stationären Setting entlassen. Behandlungserfolg ist ein Faktor, der subjektiv durch den zuständigen Arzt eingeschätzt wurde. Diese Erfolge wurden bei den Ueckermünder Patienten und Patientinnen sehr hoch (auf 52,8%) eingeschätzt, ohne verifiziert worden zu sein.

IV.1.3 Die Diagnosen

Das im Jahr 1960 in der DDR und auch international vorhandene Klassifikationsschema (ICD-6) war aus heutiger Sicht defizitär (vgl. DIMDI 2016), da die vergebenen Aufnahmediagnosen eher subjektiv als objektiv waren. Viele der damals gültigen Diagnosen werden heutzutage nicht mehr als medizinische Begriffe verwendet. Milieuschädigung, Muttersversagen und emotionale Verwahrlosung waren

bei 24 Patienten und Patientinnen (22,2%) als Aufnahmediagnosen vergeben worden. Das Milieu wurde und wird als sehr wichtiger Faktor für die psychische Entwicklung gesehen. Göllnitz schrieb im Jahr 1961 über die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten der Abgrenzung einer Milieuschädigung von einer frühkindlichen Hirnschädigung und wies darauf hin, dass man „nur in Extremfällen zuverlässig in der Lage sei, eine frühkindliche Hirnschädigung sicher zu differenzieren“ (Castell et al. 2003, S. 338). Milieuschäden spielten eine wesentliche Rolle bei den Ueckermünder Patienten: obwohl das geschädigte Milieu als Diagnose nur bei etwa 2/5 der Ueckermünder Patienten auftauchte, wurden die Milieuverhältnisse aber bei 73,5% der Kinder als unzureichend eingeschätzt.

Die am häufigsten vergebene Aufnahmediagnose in der Ueckermünder Klinik war die „Geistige Behinderung“. Der Begriff „Geistige Behinderung“ wurde 1958 von der „Lebenshilfe“, der Elternvereinigung von Menschen mit entsprechenden intellektuellen Defiziten, eingeführt. Er löste ältere Begriffe wie „Blödsinn“, „Schwachsinn“ oder „Idiotie“ ab (Fornfeld 2002, S. 44). Diese Begriffe wurden in den Jahren 1959-1961 dennoch durch die Ärzte im Ueckermünder Krankenhaus weiterhin genutzt. Bereits in der 8. Revision der ICD wurde dann der Begriff „Intelligenzminderung“ eingeführt, der bis heute Gültigkeit hat (Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1973, S. 74). Die Diagnose wurde eher nach dem klinischen Eindruck und der Schulbewährung, als nach einem gemessenen Intelligenzquotienten vergeben, da keine einheitlich verbindliche und standardisierte Intelligenzbeurteilung zur Verfügung stand.

Nach der ICD-10 wird Intelligenzminderung in leichte (IQ 50-69), mittelgradige (IQ 35-49), schwere (IQ 20-34) und schwerste (IQ < 20) Intelligenzminderung sowie sonstige Intelligenzminderungen, wenn die Feststellung der Intelligenz durch andere Beeinträchtigungen wie Blindheit, Gehörlosigkeit u. a. nicht möglich ist (Dilling und Freyberger 2014, S. 273-277), unterteilt. Die Intelligenzminderung verschiedenen Schweregrades wurde als Erstdiagnose bei über 50% der Patientinnen und Patienten vergeben, am häufigsten bei Kindern zwischen dem achten und zehnten Lebensjahr (71,5%). Für Deutschland liegen keine genauen Daten zur Prävalenz von Intelligenzminderung vor (Heinemann 2009; S. 433). Mühl gab im Jahr 1997 für Deutschland einen Anteil von 0,6% bis 0,7% im Schulalter und einem Anteil von 0,45% bis 0,5% im Erwachsenenalter an (Heinemann 2009, S. 433). Remschmidt gab an

(2011, S. 113), dass Intelligenzminderungen unterschiedlicher Schweregrade bei etwa 10% der Gesamtbevölkerung vorkommen. Die Quote der Intelligenzminderungen nimmt nach dem 15. Lebensjahr deutlich ab. Das Durchschnittsalter bei intelligenzgeminderten Kindern lag in Ueckermünde bei 7;8 Jahren. Die Lebensphase, in der Intelligenzminderungen am genauesten und häufigsten festgestellt werden, ist das Vorschul- und Schulalter (Remschmidt 2011, S. 114). Die Patienten und Patientinnen mit Intelligenzminderung befanden sich im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen signifikant länger in stationärer Behandlung.

Die Diagnosen, die heutzutage laut ICD-10 unter „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F9) klassifiziert werden (vgl. Dilling und Freyberger 2014), rangierten an zweiter Stelle. Darunter wurde auch „Milieuschädigung“, die als Erstdiagnose vergeben worden ist, subsummiert, da Milieuschädigung im Sinne einer Deprivationsstörung als Ursache einer Bindungsstörung interpretiert wurde. In Lissabon, während des internationalen Kongresses für Kinderpsychiatrie, referierte Bollea 1959 über Phänomene, die bei emotionaler Deprivation verschiedene Lebensbereiche beeinflussen können und wies deutlich darauf hin, dass eine fehlende familiäre Struktur und ein Mangel an familiärer Fürsorge Verhaltensstörungen verursachen (Castell et al. 2003, S. 228). Bereits in der ICD-6 und den folgenden Klassifikationen (1968-1978) war eine Kategorie „Verhaltensstörungen in der Kindheit“ (308) enthalten (Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1971, S. 73). In der ICD-9 (1979-1997) tauchte dann die Kategorie „Emotionale Störung, die für das Kindes- und Jugendalter spezifisch ist“ (313) auf (vgl. DIMDI 2017b). Milieuschädigung als Hauptdiagnose erhielten sieben Kinder. Die weiteren Hauptdiagnosen aus dieser Kategorie waren „Verhaltensstörung“ (2 Kinder), „Stehlen“ (1 Kind) und „Enuresis nocturna“ (4 Kinder). Alle Patienten, die mit Enuresis nocturna im Jahr 1960 als Hauptdiagnose aufgenommen wurden, waren Jungen. In der Literatur wird beschrieben, dass in der Gruppe der nachts einnässenden Kinder die Jungen zweifach gegenüber den Mädchen überwiegen (Schmid-Boß 2009, S. 385).

An dritter Stelle der vergebenen Erstdiagnosen kam dann die frühkindliche Hirnschädigung. Unter dem Begriff der frühkindlich entstandenen Hirnfunktionsstörungen wird nicht ein umschriebenes Syndrom, sondern eine Gruppe heterogener Symptome zusammengefasst, die als Störungen der Entwicklung und

Reifung zu betrachten sind. Das Konzept dieser Störung hat sich historisch aus theoretischen Annahmen über die psychopathologischen Auswirkungen von Hirnschäden bei Kindern entwickelt (Steinhausen 2002, S. 87). Der Umfang der Schädigung ist vom Schweregrad der vorhandenen Noxen abhängig. Hier wird zwischen schweren Noxen wie Traumata, Tumoren oder Endokrinopathien und leichten Interaktionen von biologischen und psychosozialen frühkindlichen Faktoren unterschieden. Unter zwölf Kindern mit dieser Diagnose waren vier normintelligente Patientinnen und Patienten mit umschriebenen Entwicklungsstörungen, drei waren intelligenzgemindert ohne körperlichen Entwicklungsrückstand und fünf Kinder waren sowohl geistig als auch körperlich behindert. Vier Kinder hatten zusätzlich ein Anfallsleiden. In zwei Fällen wurde eine tuberkulöse Meningitis, in einem Fall eine otogene Meningitis und bei einem Kind Keuchhusten mit anschließender Enzephalitis als Ursache genannt. Geburtstraumata waren bei zwei Kindern vorhanden. Nur bei einem Kind aus der oben genannten Gruppe wurde das Milieu als geschädigt bezeichnet.

Ein weiterer Hauptaufnahmegrund waren Entwicklungsrückstände verschiedenen Grades. Bei dieser Aufnahmediagnose zeigte sich eine hohe Korrelation zur Milieuschädigung, da bei allen acht Patienten und Patientinnen mit Entwicklungsrückständen entweder eine „Milieuschädigung“ an zweiter Stelle oder in der Akte ein deutlich bildungsunfähiges Milieu vermerkt worden war. Ein Einfluss der Reizdeprivation auf eine Verminderung der Lernfähigkeit wurde bereits während des Kongresses für Kinderpsychiatrie in Lissabon im Jahr 1958 präsentiert und diskutiert (Castell et al. 2003, S. 228). Bei keinem Kind mit Entwicklungsretardierung wurden Geburtskomplikationen vermerkt, allerdings konnten die subklinischen Schädigungen des Gehirns nicht nachgewiesen werden. Die Theorie, dass die Entwicklungsrückstände eine leichte Form der frühkindlich entstandenen Hirnschäden sind (Steinhausen 2002, S. 87), konnte nicht bewiesen werden.

Epileptische Anfälle als Hauptgrund der stationären Behandlung wurden bei drei Kindern angegeben. Nur bei einem Patienten, bei dem keine psychiatrisch relevanten Komorbiditäten festgestellt wurden, wurde nach kurzfristiger Behandlung eine Entlassung initiiert. Die zwei weiteren Fälle zeigten zusätzlich ein niedriges Intelligenzniveau sowie Verhaltensauffälligkeiten und wurden längerfristig behandelt.

Die übrigen Aufnahmediagnosen aus dem somatischen Bereich waren genetische Syndrome bzw. Endokrinopathien, die sich auf erhebliche Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten sowie geistige Behinderung ausgewirkt haben. Die Ziele dieser langfristigen Behandlungen der Patienten und Patientinnen lagen in der Rehabilitation und Wiedereingliederung (Schmitz 1963, S. 442).

IV.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg

Behandlungserfolge wurden, wie bereits erwähnt, subjektiv eingeschätzt. Die Patienten und Patientinnen, bei denen kein Erfolg der stationären Behandlung in der Akte vermerkt wurde, befanden sich deutlich länger stationär (im Mittel 2117 Tage) als die Patienten und Patientinnen, die mit deutlichen Besserungen des Zustandes in die Häuslichkeit entlassen worden sind. Bei diesen „Langliegern“ handelte es sich um „bildungsunfähige“ Pflegefälle, bei denen, aufgrund der deutlichen Beeinträchtigung der kognitiven oder auch motorischen Funktionen, kein Erfolg erreicht werden konnte. Als Besserungen des Zustandes wurden z.B. die Abnahme der Intensität bzw. die Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aggression, Stehlen) oder die Besserung des Entwicklungsstandes beschrieben.

Die Patienten und Patientinnen, die als „ungeheilt“ bezeichnet wurden, hatten folgende Aufnahmediagnosen: Morbus Langdon-Down, Frühkindliche Hirnschädigung, Debilität, Schwachsinn, Imbezillität und Morbus Little. Diese Patienten und Patientinnen wurden aufgrund einer ausbleibenden und nicht zu erwartenden Besserung ihres Zustandes in Krankenhäuser für chronisch Kranke oder in Pflegeheime entlassen. Einen geringen Anteil machten die Aufenthalte aus, die kürzer als 60 Tage dauerten ($n=17$). Hierbei handelte es sich vor allem um die Kinder, die zur differentialdiagnostischen Abklärung des Störungsbildes, zur Optimierung der Medikation bzw. zur Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer bekannten Intelligenzminderung aufgenommen wurden. Vier Jungen aus dieser Gruppe befanden sich stationär zur Behandlung einer Enuresis nocturna, fünf weitere Kinder wurden frühzeitig gegen Revers entlassen.

Der längste Aufenthalt dauerte 17 Jahre, 6 Monate und 2 Tage. Der Patient wurde im Alter von 3,3 Jahren aufgrund einer hochgradigen Oligophrenie nach partieller Hirnschädigung in das Bezirkskrankenhaus aufgenommen. Dieser "bildungsunfähige"

Junge wurde später zur weiterführenden Pflegebehandlung in das Krankenhaus Radewitz verlegt.

IV.1.5 Medikamentengabe

Die Analyse der Ueckermünder Patienten und Patientinnen zeigte, dass insgesamt 30 der in den Jahren 1959-1961 aufgenommenen Kinder während des stationären Aufenthaltes medikamentös behandelt worden sind. In dieser Gruppe befinden sich sowohl die Patienten und Patientinnen, bei denen aufgrund von epileptischen Anfallsleiden Antikonvulsiva eingesetzt wurden, als auch die Kinder, die eine psychopharmakologische Unterstützung benötigten. Außerdem wurden zwei Patienten mit Glutaminsäurepräparaten supplementiert. In beiden Fällen handelte es sich um Patienten mit Intelligenzminderung schwersten Grades, die ebenfalls deutliche Entwicklungsverzögerungen hatten. Glutaminsäure war in dieser Zeit eine scheinbar weit verbreitete Substanz in der Behandlung von Intelligenzminderung (vgl. Häßler und Weirich 2017). Der deutsche Chemiker Ernst Schulze isolierte erstmals 1877 Glutamin aus Rüben. Zuvor hatte Heinrich Ritthausen 1866 Glutaminsäure aus Getreideeiweiß, dem Gluten, kristallin gewonnen. Aufgrund des dem Glutamin zugeschriebenen psychischen Effektes erfolgte der Einsatz vor allem bei intelligenzgeminderten Kindern. So berichtete Koch 1952 von 64 Kindern, die mit Glutaminsäure-Granulat Homburg (6-15 g täglich) behandelt wurden und von Beobachtungen an 140 Kindern, die über 2 Jahre mit Glutaminsäure-Granulat therapiert worden waren. Als Effekte beschrieb er Antriebssteigerung, Stimmungsbesserung und unspezifische psychische Entwicklungsförderung. In seiner 1954 folgenden Publikation präziserte Koch seine Angaben hinsichtlich Probanden und Ergebnisse in zwei Untersuchungsreihen. In einer Untersuchung wurden 27 Hilfsschüler 7 Monate mit anfangs 6 g und später höchstens 15 g täglich behandelt. Als Kontrollgruppe fungierten 6 Kinder. In einer anderen Untersuchungsreihe behandelte man 16 Normalschüler eines Waisenhauses 6 Monate lang mit Glutaminsäure-Granulat und verglich sie mit 8 Kontrollkindern. Die mit Glutaminsäure behandelten Kinder zeigten nach 7 Monaten einen Entwicklungsfortschritt im Bühler-Hetzer Test von 13 Monaten, während sich die Kontrollkinder altersentsprechend entwickelten. Bei Konzentration, Ausdauer, Arbeitstempo und –sorgfalt waren die Ergebnisse widersprüchlich und abhängig von

der Situation der Einzel- vs. Gruppentestung. Auch in Jena setzte der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in dem von ihm von März 1946 bis März 1954 konsiliarisch betreuten Trüperschen Erziehungsheim auf der Sophienhöhe Glutamin ein. Als Indikationsdiagnose galt der Mongolismus (Gerhard und Schönberg, 2016).

Neun Patienten und Patientinnen waren von Epilepsie betroffen und haben Arzneistoffe aus verschiedenen Wirkstoffklassen verordnet bekommen: Phenobarbital (Lepinal, 100mg Tbl.; Lepinaletten, 15mg Tbl.), Primidon (Mylepsin), Trimethadion (Troxidon) und Phenytoin (Lepitonin)¹. In schweren Fällen mit medikamentenresistenter Epilepsie wurde auch die polypragmatische Therapie in Anspruch genommen. Stutte veröffentlichte im Jahr 1960 eine Studie, in der er die kinderpsychiatrischen Probanden mit einer Epilepsie mit dem Krankengut aus den Kinderkliniken verglichen hat (Castell et al. 2003, S. 307). In seiner Studie zeigte sich die Anzahl der Patienten mit Krampfleiden im kinderpsychiatrischen Patientengut deutlich höher verglichen mit denen der Kinderkliniken. Zudem waren die Patienten in der Kinderpsychiatrie in ihrem Krankheitsverlauf eher chronisch und oft mit nachfolgenden neurologischen und psychiatrischen Dauerschaden. Dies kann den relativ hohen Verbrauch der Antiepileptika in der Ueckermünder Klinik erklären. Phenobarbital wurde ebenfalls in verschiedener Dosierung bei insgesamt acht Patienten und Patientinnen mit stark ausgeprägter motorischer Unruhe, aggressiven Verhaltensweisen sowie bei einem Patienten mit hochgradiger Oligophrenie und damit verbundenen exzessiven Selbststimulationen angewandt. Obwohl sieben Patienten und Patientinnen erhebliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite zeigten, wurde ein Betroffener mit Stimulantien behandelt. Der Patient erhielt Ephedrin (Ephibrin). Im Jahr 1960 fanden zwei Gruppen von Substanzen Verwendung: Die Xantine mit Coffein als typische Vertreter einerseits, die Sympathikomimetika mit dem Amphetamin als Prototyp andererseits (Teaschler und Leow 1965, S. 41). Es war bereits in der 50er Jahren bekannt, dass die Stimulantien die generelle Leistungsfähigkeit nicht erhöhen, sondern nur Leistungsminderungen verschiedener Genese (z.B. Ermüdung, gesenkte Stimmungslage) wieder herzustellen vermögen. Tierversuche zeigten, dass die Amphetamin-Abkömmlinge dem Lösen von Erregungszuständen, der Steigerung der motorischen Aktivität und gleichzeitig der

¹ Überwiegend wurde die Medikation in damals vorhandenen Handelsnamen verordnet. Die im Jahr 1960 verordneten Substanzen existieren zum Großteil unter diesen Handelsbezeichnungen nicht mehr. Die Zuordnung der Wirkstoffe nach ihren Handelsnamen erfolgte nach Göllnitz (1973, S. 227 und S. 386).

Verstärkung der Reaktionsbereitschaft dienten (Taeschler und Loew 1965, S. 56). Methylphenidat existierte schon ab dem Jahr 1954 auf dem deutschsprachigen Markt. Die Anwendung dieses Präparates wurde jedoch erst in den achtziger Jahren populär. Dies könne mit der erstmaligen Beschreibung des „hyperkinetischen Syndroms des Kindesalters“ als eigenständigem Krankheitsbild in der 9. Auflage der ICD (vgl. DIMDI 2017b) verbunden sein. Heutzutage ist ADHS die häufigste neuropsychiatrische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (Oehler 2018, S. 74).

Die am häufigsten verordneten Medikamente in der Ueckermünder Klinik waren eindeutig Neuroleptika. Ausschließlich verwendete Neuroleptika waren die Phenothiazin-Derivate. Chlorpromazin (Propaphenin), welches als erstes antipsychotisch wirksames Medikament vermarktet wurde (Taeschler und Loew 1965), wurde sechs Patienten und Patientinnen verabreicht. Hierbei handelte es sich um Kinder und Jugendliche, die sich übermäßig motorisch unruhig bzw. aggressiv zeigten. Außer Chlorpromazin wurde in Erregungszuständen ebenso Promazin (Sinophenin), Promethazin (Prothazin), Metophenazin (Frenolon) und Butyrylperazin (Tytilen) verordnet. Ein Patient erhielt aufgrund hoher Aggressivität im Rahmen seiner langfristigen Behandlung mehrere Medikamente, neben verschiedenen Neuroleptika auch ein H1-Antihistaminikum, Diphenhydraminhydrochlorid (Dormutil). Die polypragmatische Therapie erbrachte in diesem Fall keine eindeutige Besserung des Zustandes. In der Patientengruppe wurde auch ein Patient vermerkt, der aufgrund von Nikotinabusus mit Piperinalkaloid unterstützt wurde. Die letzte Gruppe der medikamentös behandelten Patienten waren die Kinder mit Enuresis nocturna. Drei von vier Knaben mit dieser Diagnose wurden mit Enuroplant behandelt und nach kurzem Aufenthalt erfolgreich entlassen. Enuroplant ist ein homöopathisches Arzneimittel, welches heutzutage zur Besserung der Beschwerden bei Harnblasenentzündungen zugelassen ist (vgl. Deutsche Homöopathische Union 2007). Möglicherweise sind die Behandlungserfolge der parasympholytischen Wirkung der Belladonna zuzuschreiben, allerdings ließen sich die Indikationen zur Verabreichung dieser Medikation aus den Akten nicht genau eruieren. Einnässen wurde im 19. Jahrhundert und zu Beginn des 20. Jahrhunderts als ein absichtliches Vergehen des Kindes interpretiert, das mit harten Strafen beantwortet wurde. Noch 1946 schrieben Koller und Willi in einem Ratgeber für die Mütter, dass die Sauberkeitserziehung mit sechs Monaten, sobald das Kind sitzen kann, beginnen soll

(Schmid-Boß 2009, S. 385). In den 60er Jahren gab es bereits die Überzeugung, dass Bettnässen eine seelische Störung ist. Diese wurde eng mit ungünstigen familiären Verhältnissen in Zusammenhang gebracht. Bereits 1944 befasste sich Christoffel mit Enuresis. Er war der Auffassung, dass dem Milieu entscheidende Bedeutung bei der Entstehung und Erhaltung der Enuresis zukomme (Schmid-Boß 2009, S. 389). In seinen Werken ging es weniger um eine psychoanalytische Therapie der Enuresis als um Psychohygiene, um eine Neurosenprophylaxe und Einflussnahme der damals praktizierten rigiden Sauberkeitserziehung auf Entstehung, Verlauf und Prognose von Enuresis nocturna. Obwohl diese Auffassung bereits bekannt war, schien sie in der Bevölkerung nicht sehr verbreitet zu sein. Thomas beschrieb in einem Ratgeber die „drakonischen Maßnahmen“ gegen Bettnässen, die in den 60er Jahren durch die Eltern weiterhin praktiziert wurden: „Der Bettnässer lebt in einer bedrohlichen Umwelt. Das Leben, das heißt: seine Eltern, wollen zu viel von ihm. Sie geben ihm nicht genug Liebe und erwarten, dass er wie ein Erwachsener einsieht [...] Es (das Kind) hört Beschimpfungen und Beleidigungen [...] Man quält es und wundert sich, daß der Zustand immer schlimmer wird.“ (Thomas 1965, S. 31 - 32).

Die genaue Analyse der Ueckermünder Patientenakten zeigt, dass die psychopharmakologische Behandlung in der Kinder-Neuro-Psychiatrie keine wesentliche Rolle gespielt hat. Die Psychopharmaka kamen bei siebzehn verhaltensauffälligen Patienten und Patientinnen (15,8%) zum Einsatz. Auffallend war, dass bei sechzehn Kindern, die psychopharmakologische Unterstützung bekommen haben, eine Intelligenzminderung vorlag.

Die Andersartigkeit der Psychopathologie der aufgenommenen Kinder hat von Anfang an eine besondere therapeutische Grundhaltung nach sich gezogen. Eine Beeinflussung des Milieus mit den Mitteln der Erziehungsberatung, Psychotherapie sowie heilpädagogische Behandlung in der Kinderpsychiatrie standen im Vordergrund des therapeutischen Vorgehens. Diese Methoden haben sich derart bewährt, dass die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen bei Kindern lange Zeit von untergeordneter Bedeutung blieb (Corboz 1965, S. 24). Andererseits beschrieb Lutz Mitte der 60er Jahre die Tendenz zur immer häufigeren Psychopharmakagabe im Kindesalter. Es handelte sich hierbei vor allem um Psychopharmaka, die aus „relativer Indikation“ verabreicht wurden. Unter einer solchen wurden die Situationen genannt, bei denen aus Personalmangelgründen die Unruhe der Patienten pflegerisch oder

heilpädagogisch nicht zu steuern war. Häufig kamen Psychopharmaka zum Einsatz, wenn es sich um ein außergewöhnliches Verhalten eines Kindes handelte, das im engeren Sinne nicht psychisch krank war, sondern wenn länger anhaltende, quantitativ gesteigerte Zustände (meist emotionale Reaktionen) vorlagen, die von Pädagogen oder Heilpädagogen nicht aufgefangen werden konnten (Lutz 1965, S. 77).

Aus den Akten geht hervor, dass die Pharmakotherapie zur „Ruhigstellung“ der Patienten und Patientinnen im Jahr 1960 selten benutzt wurde, und dass, obwohl der klinische Indikationsbereich noch umstritten war (Corboz 1965, S. 36), die Verabreichung der Medikation aber in etwa heutigen Indikationen entsprach (Oehler 2018, S. 79; Steinhausen 2002, S. 56). Im Vordergrund der Behandlung standen die pädagogischen und sonderpädagogischen Maßnahmen sowie oft eine Herausnahme aus dem schädigenden Milieu. Eine Medikation wurde erst bei schwerst verhaltensauffälligen Kindern, bei denen diese Methoden keinen Erfolg brachten, eingesetzt (Grossmann und Schmitz 1961, S. 716; Grossmann und Schmitz 1963, S. 446-447).

IV.1.6 Soziale Situation des Ueckermünder Klientel im Jahr 1960

Die ausführliche Sozial-, Familien sowie Eigenanamnese konnte aus etwa 60% der Akten eruiert werden. Eine vollständige Anamneseerhebung konnte vor allem in Krankenblättern der Kinder gefunden werden, die über jugendpsychiatrische Beratungsstellen eingewiesen wurden. Diese haben besonderen Wert auf die Erhebung der Vorgeschichte, insbesondere auf die Milieu- und Umgebungsbedingungen gelegt.

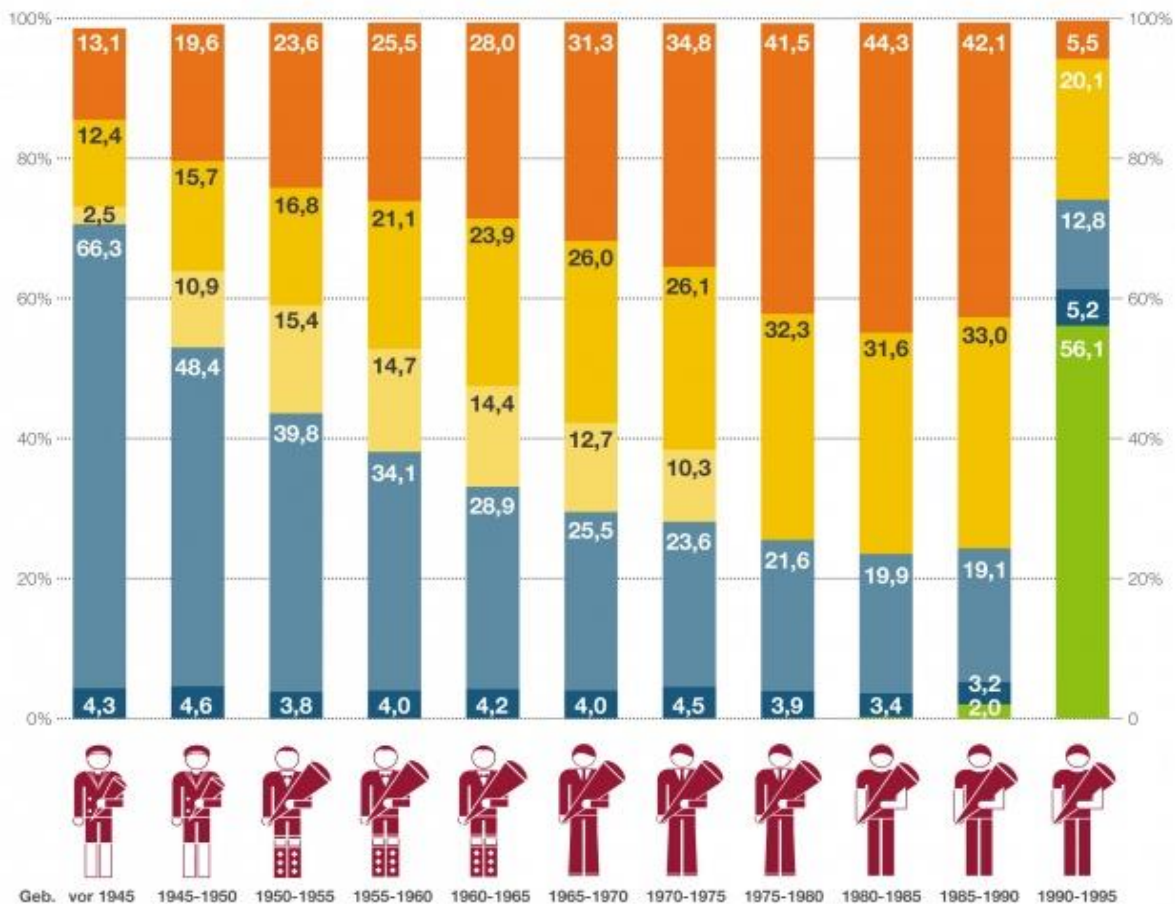
Die Besonderheiten der jugendpsychiatrischen Tätigkeit auf dem Lande und damit verbundene Schwierigkeiten beschrieb Schmitz in mehreren Publikationen. Der Versorgungskreis mit 10 953 km², vorwiegend landwirtschaftlicher Nutzfläche, und einer Bevölkerungsdichte von 63 Einwohnern pro km², war ein ausgesprochener Agrarbezirk (Schmitz 1960, S. 2170). Über die Hälfte der Bevölkerung lebte in Gemeinden unter 2000 Einwohnern und der überwiegende Teil der Berufstätigen arbeitete in der Land-, Forst- oder Wasserwirtschaft. Der niedrige Bildungsstand der ländlichen Bevölkerung spiegelte sich im Ueckermünder Patientengut wider. Ein Schulabschluss der 8. Klasse war bei etwa 10% der Mütter und Väter zu verzeichnen.

Das heißt 90% hatten im Vergleich zu 17% in der damaligen Bundesrepublik keinen Schulabschluss. Die Abb. 15 Gibt einen Überblick über die damaligen Schulabschlüsse.

► Welche Abschlüsse erreichten Schüler früher und heute?

Bevölkerung in Deutschland nach Geburtsjahren und allgemeinbildenden Schulabschlüssen (2010)

■ noch in schulischer Ausbildung ■ ohne allgemeinbildenden Abschluss ■ Hauptschulabschluss
■ Abschluss der polytechnischen Oberschule (DDR) ■ Mittlerer Abschluss ■ Hochschulreife



Hinweise: „Hauptschulabschluss“ einschließlich Volksschulabschluss, „Hochschulreife“ einschließlich Fachhochschulreife. „Ohne allgemeinbildenden Abschluss“ einschließlich Abschluss nach höchstens sieben Jahren Schulbesuch. Die Anteilswerte summieren sich nicht auf 100 Prozent, da die Kategorie „ohne Angaben des Schulabschlusses“ hier nicht aufgeführt wird.

Quelle: Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012). Bildung in Deutschland 2012, S.236, Tab. B5-1A. Bundeszentrale für politische Bildung, www.bpb.de, und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, www.wzb.eu, 2013.



Abb.15: Bevölkerung in Deutschland nach Geburtsjahren und allgemeinbildenden Schulabschlüssen (2010)

Im Vergleich dazu zeigte sich der Anteil der Berufstätigkeit beider Elternteile sehr hoch. So waren 71,2% der Kindesmütter und 86,4% der Kindesväter, meistens vorübergehend in einer LPG, tätig. Weiterhin wurde das häusliche Milieu der Ueckermünder Klientel analysiert. Ein Mangelmilieu wurde bei 75% aller Patientinnen und Patienten beschrieben, was mit einer Fremdunterbringung nach der Entlassung aus der stationären Behandlung eng korrelierte. Die Rate der Misshandlung durch die

Eltern zeigte sich in Ueckermünde sehr hoch. Alle Patienten und Patientinnen, die Gewalt in der Häuslichkeit erlebt haben, wurden nach dem Abschluss der Behandlung fremduntergebracht. Die vernachlässigten Kinder wurden fast zu 90% in Obhut verschiedener Institutionen gegeben. Aus den aus extrafamiliären Deprivationen resultierenden Entwicklungsstörungen ist früher der Begriff des psychischen Hospitalismus geprägt worden, der zugunsten der umfassenden Bezeichnung der Deprivationsstörung aufgegeben wurde (Steinhausen 2002, S. 239). Es wurde bereits breit in der Literatur beschrieben, dass die Heimerziehung zu schweren Entwicklungsstörungen führen bzw. bereits vorhandene Störungen erheblich verschlimmern kann (AGJ 2012, S. 46). Diese Variante der Deprivation hatte in Ueckermünde eine signifikante Bedeutung, da 63,8% der aufgenommenen Patienten und Patientinnen sich bereits in einer Heimunterbringung vor dem stationären Aufenthalt befanden. Auch mit den Folgen der längerfristigen Heimunterbringung assoziierte man unterschiedliche Ausprägungen einer Deprivation. Pioniere dieser Forschungsrichtung wie Spitz, Goldfarb und Bowlby stellten nicht nur eine Reihe von Hypothesen auf, sondern glaubten anhand ihrer Beobachtungen nachgewiesen zu haben, dass in Heimen untergebrachte Säuglinge nach längerem Aufenthalt irreversible psychische, emotionale und kognitive Schäden davontragen würden (Steinhausen 2002, S. 241). Die verschiedenen Entwicklungsverzögerungen sind bei Kindern in Ueckermünde vor allem in den Bereichen der Sprache, Motorik und Leistung als sehr hoch frequent beschrieben worden. Möglicherweise habe nicht nur das niedrige Intelligenzniveau der Patienten und Patientinnen darauf Einfluss gehabt, sondern die Ursachen waren multifaktoriell. Viele Annahmen der klassischen Deprivationslehre lassen sich nicht mehr bzw. nur in modifizierter Form aufrechterhalten. Die Entwicklung vieler Funktionen ist nicht von der Anwesenheit der Mutter, sondern primär vom Anregungsgehalt der Umwelt (Bindungsqualität) abhängig. Die Frage einer spezifischen Psychopathologie als Folge von Deprivationsbedingungen wird wissenschaftlich nicht einheitlich beurteilt (Steinhausen 2002, S. 242). Alle Patienten mit Milieuschaden, Hospitalismus und Missbrauch in der Anamnese konnten als Folge der Deprivationsbedingungen in den in der ICD-10 neu aufgenommenen Diagnosen (Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters sowie Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung) zugeordnet werden (vgl. Dilling und Freyberger 2014).

IV.2 Diskussion des Vergleichs der Behandlung im Jahr 1960 in Ueckermünde und Rostock

Die Heimerziehung spielte im Jahr 1960 in der DDR eine wesentliche Rolle. Die Heimerziehung in der DDR war zentralistisch organisiert. Der größte Teil der Heime der DDR war in staatlicher Trägerschaft. An der Spitze der Verwaltungsstruktur der Heimerziehung in der DDR stand das Ministerium für Volksbildung. Von 1952 an erfolgte die Anordnung zur Heimerziehung in der DDR nicht mehr durch den gerichtlichen Beschluss, sondern durch die Organe der Jugendhilfe. Bis Mitte der 60er Jahre lag keine umfassende rechtliche Grundlage für die Arbeit der Jugendhilfe vor. Mit Gründung der DDR am 7. Oktober 1949 wurde die Zentralverwaltung für Volksbildung ins Ministerium für Volksbildung und die Jugendämter in die Referate für Jugendhilfe/Heimerziehung überführt und die bereits begonnene Zentralisierung und Verstaatlichung des Heimsystems weiter vorangetrieben. Der im Jahr 1959 begonnene Versuch eine Jugendhilfeverordnung zu verfassen wurde erst im Jahr 1965 mit der Verabschiedung des Bildungsgesetzes und des Familiengesetzbuches realisiert (AGJ 2012, S. 13).

Die zum Untersuchungszeitpunkt gültige Verordnung über Heimerziehung unterteilte Heime in Normalheime, Pflegeheime und Spezialheime (AGJ 2012, S. 10). Junge Menschen sollten in einem sozialistischen Staat nicht in ihrer Betreuung unterversorgt werden. Unter Verantwortung des Ministeriums für Volksbildung wurde in den Heimen der DDR mit menschenrechtswidriger Praxis das oberste Ziel der sozialistischen Erziehung, die Herausbildung „sozialistischer Persönlichkeiten“, angestrebt (Censebrunn-Benz 2019, S. 64). Ende der 60er Jahre erfolgte durch die spektakulären Aktionen der Studentenbewegung eine öffentliche Sensibilisierung für die Gewalt und Misshandlungen zu den Heimen (Bastian 2011, S. 271).

Das sozialistische Bildungssystem hat sich in seiner inhaltlichen Aufgabenstellung erst ab dem Jahr 1963 kontinuierlich verändert, davor wurde diese Aufgabe hauptsächlich durch die stationären Einrichtungen erfüllt. Welche Rolle dabei die damalige Kinder-Neuro-Psychiatrie gespielt hat, soll auf Grundlage der Überlegungen zur Behandlung der Kinder und Jugendlichen in Ueckermünde und Rostock im Jahr 1960 diskutiert werden.

IV.2.1 Die Klientel und die Behandlungsdauer

In der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rostock befanden sich im Jahr 1960 insgesamt 269 Patienten und Patientinnen. In der Untersuchung wurden diejenigen Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1.1.1960 und dem 31.12.1960 in die stationäre Behandlung aufgenommen worden sind, erfasst. Damit ist die Stichprobe auf 170 reduziert worden. Die Kinder-Neuro-Psychiatrie in Rostock verfügte zum damaligen Zeitpunkt über 50 Plätze (vgl. Mai 2016). Die Kinderpsychiatrie des Bezirkskrankenhauses in Ueckermünde verfügte über 317 Betten (Albrecht 2000, S. 32). Obwohl Grossmann und Schmitz (1961, S. 715) in einem Artikel beschrieben, dass in dem Zeitraum von 1.8.1959 bis 31.7.1960 insgesamt 326 Kinder in das Bezirkskrankenhaus aufgenommen worden sind, lag die Anzahl der Akten der Kindern, die im Jahr 1960 in Ueckermünde aufgenommen wurden, nur bei 60. Die Anzahl der Patientenakten wurde dementsprechend um die Aufnahmen aus dem Jahr 1959 und 1961 erweitert, um eine repräsentative Stichprobe zu erreichen.

Die Geschlechtsverteilung zeigte sich in der Rostocker Kohorte deutlich knabenwendig, was sich auch in den Entlassungen in Heime widerspiegelte. Ebenfalls haben sich die Heimeinweisungen in der Ueckermünder Kohorte jungenbezogen gezeigt. In beiden Einrichtungen haben sich keine gravierenden Differenzen in wesentlichen Variablen gezeigt. So lag der Anteil intelligenzgeminderter Patienten in Ueckermünde bei 68%, in Rostock bei 62,5%.

Einen signifikanten Unterschied machte die Behandlungsdauer aus. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in Rostock betrug 67,5 Tage. Die Zuständigkeit der Kinderneuropsychiatrie sollte sich auf die Fälle der akuten Krankenbehandlung beschränken. Außerhalb der akuten Krankheitsphase sollte die Zuständigkeit unausweichlich bei der Jugendhilfe liegen (Köttgen und Kretzer 1990, S. 97). Der optimale Zeitraum der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wurde auf 60 Tage festgelegt (vgl. Mai 2016). Damit entsprach etwa die Behandlungsdauer in der Rostocker Klinik den heutigen Voraussetzungen. Die geringe Aufnahmezahl bei sehr großen Kapazitäten der Ueckermünder kinderpsychiatrischen Abteilung ist auf eine extrem lange Behandlungsdauer zurückzuführen. Mit der im Mittel 3,4 Jahre dauernden Behandlung fand nicht nur eine Behandlung der psychiatrischen Störungsbilder, sondern auch eine Rehabilitation der Betroffenen in

medizinischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Hinsicht statt (Winter 1980, S. 77). In der DDR waren die Institutionen des Gesundheitswesens und der Volksbildung für die Erziehung der bildungsunfähigen Kinder sowie für Kinder mit bestehenden Körperbehinderungen zuständig. Die Jugendhilfe übernahm die Verantwortung für die Kinder, bei denen Schulfähigkeit bestand, sowie für „schwererziehbare“ Kinder und Jugendliche. Die Annahme einer Interessenidentität von Individuum und Staat beruhte auf der Ideologie der sozialistischen Gesellschaft. Soziale Probleme wurden als Störungen auf dem Weg zu einer solchen Interessenidentität verstanden. Die Heimerziehung in der DDR hat eine besondere Rolle in der Asylisierung der „Schwererziehbaren“ gespielt (AGJ 2012, S. 10). In dieser Phase war „Verwahrlostenpädagogik“ der zentrale Begriff für die pädagogische Konzeption der Heimerziehung (Schrapper 2017, S. 602).

Es sollte ein wesentlicher Unterschied zwischen der „Unerziehbarkeit“ und der „Bildungsunfähigkeit“ an dieser Stelle angedeutet werden. Unter dem Begriff der „Bildungsunfähigkeit“ wurden vorübergehend oligophrene Kinder und Jugendliche verstanden. Von diesen Störungen zu unterscheiden sind intellektuelle Minderleistungen, die durch die extreme Vernachlässigung und mangelhafte Förderung von Kindern zustande kommen (Remschmidt 2012, S. 111). Dieser Unterschied habe nicht nur für die Aufgabenstellung der fachärztlichen Einschätzung der Entwicklungsperspektive, sondern auch für die weitere Betreuung eine besondere Bedeutung gehabt. Schmitz und Grossmann (1961, S. 715) beschrieben, wie die Unterscheidung zwischen „Bildungsfähigkeit“ und „Bildungsunfähigkeit“ schwanken kann. In ihrem Artikel analysierten sie die 326 aufgenommenen Kindern, 162 waren als „bildungsunfähig“ eingewiesen worden. Während der stationären Diagnostik erwiesen sich 32% dieser Kinder als „noch bildungsfähig“. An diesem Punkt ist es wichtig zu erwähnen, dass sich der größte Teil der Patienten und Patientinnen, die als „bildungsfähig“ eingewiesen worden waren, sich in Heimen oder Sonderschulheimen befanden und durch diese nicht mehr zu fördern oder aus pädagogischen Gründen nicht tragbar waren. Die Zuständigkeit für die Gestaltung eines längerfristig angelegten Lebensmittelpunktes für junge Menschen spiegelte die Einbindung in das Gesundheitswesen am Beispiel der Ueckermünder Klinik wider, was auch für die geringe Kooperation mit den Organen der Jugendhilfe im Jahr 1960 spricht (Köttgen und Kretzer 1990, S. 97).

IV.2.2 Aufnahmediagnosen

Die im Jahr 1960 vergebenen Diagnosen wurden in beiden Untersuchungen in das heutzutage relevante Klassifikationssystem ICD-10 übertragen (vgl. Dilling und Freyberger 2014). Die Verteilung der Diagnosen in beiden Kliniken zeigte Unterschiede im Profil der Kohorten. 54,7% der Ueckermünder Patienten erhielten als Aufnahmediagnose „Intelligenzminderung“ (F7), in Rostock war dieser Anteil deutlich geringer (37,6%). Nach der diagnostischen Abklärung in beiden Kliniken erhöhte sich die Anzahl der Patienten mit Intelligenzminderung deutlich (Ueckermünde: Steigerung auf 68%; Rostock: 62,5%). Obwohl der „Entwicklungsrückstand“ als Aufnahmegrund in Rostock deutlich häufiger vergeben wurde (F8), wurden die Entwicklungsrückstände in den Akten der Ueckermünder Patienten häufiger erwähnt. Besonders hoch zeigte sich die Anzahl der Kinder mit Rückstand in der motorischen Entwicklung. Mehr als die Hälfte der Ueckermünder Patientinnen und Patienten zeigte Verzögerungen in diesem Bereich bzw. war körperlich eingeschränkt. In Rostock spielte diese Diagnose kaum eine Rolle (3,7%). Die hohe Aufnahmequote der Kinder mit frühkindlichem Hirnschaden sowie somatisch- und genetischbedingter Intelligenzminderung zeigt die gesetzlich verankerte Aufgabenstellung eines Kommunalkrankenhauses im Jahr 1960. Das Recht auf Bildung und Arbeit musste allen Geschädigten ermöglicht werden (Winter 1980, S. 144). Die Verantwortung für die Kinder, die den gesetzlichen Bestimmungen nur unter kontinuierlicher und engmaschiger ärztlicher Behandlung nachkommen konnten, sollte von den neuropsychiatrischen Fachkrankenhäusern übernommen werden (Grossmann und Schmitz 1963, S. 446). Auf die Erfassung der Rückstände der Sprachentwicklung wurde in Ueckermünde ebenfalls sehr großen Wert gelegt. Diese lagen bei 47,1% der Patienten vor, in Rostock war der Prozentsatz deutlich geringer (21,5%). Da die Entwicklungsrückstände der fremdplatzierten Patienten und Patientinnen in beiden Kliniken prozentual dem Anteil der Entwicklungsrückstände der Kinder bei der Aufnahme entsprachen, lässt sich an dieser Stelle feststellen, dass die Rückstände in der Entwicklung keine wesentliche Rolle bei der Fremdplatzierung spielten.

Die Diagnosen, die dem Kapitel F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) der ICD-10 zuzuordnen sind (vgl. Dilling und Freyberger 2014), spielten bei der Aufnahme in Ueckermünde eine deutlich geringere Rolle als in Rostock. Milieuschädigung, Stottern, Stammeln und Enuresis waren die Diagnosen,

die in beiden Einrichtungen bei der Aufnahme gleich häufig vergeben worden sind. Begriffe wie „Hospitalismus“, „Muttersversagung“ und „Verhaltensstörung“ wurden bei der Aufnahme nur in Ueckermünde verwendet, dafür gehörten die Begriffe „Schwererziehbarkeit“ und „Erziehungsschwierigkeiten“ zu den Diagnosen aus dem F9 Kapitel, die sich in Rostock relevant zeigten. Die Subjektivität der gestellten Diagnosen spiegelte sich in den Begrifflichkeiten, die in den beiden Kliniken benutzt wurden, wider.

IV.2.3 Medikamentengabe

Die höhere Anzahl der pharmakologischen Interventionen liegt dem größeren Prozentsatz der somatisch erkrankten Patienten und Patientinnen zugrunde. Der Einsatz von Psychopharmaka war in der Ueckermünder Kinder-Neuro-Psychiatrie dennoch geringfügig kleiner als in Rostock. Mai weist in ihrer Arbeit darauf hin (vgl. Mai 2016), dass die medikamentöse Behandlung in der Kinderpsychiatrie im Jahrgang 1960 noch eine untergeordnete Rolle spielte. Die Sichtweise, dass die Pharmakotherapie nur zusammen mit anderen therapeutischen Mitteln, wie erzieherische Beratung, eine geeignete Schulform sowie heilpädagogische Beratung im Interesse des Kindes sind, war in den 60er Jahren bekannt (Corboz 1965, S. 36).

IV.2.4 Behandlungserfolg

Deutliche Unterschiede sind in den beiden Kliniken hinsichtlich der Behandlungserfolge der fremdplatzierten Kinder zu vermerken. An dieser Stelle scheint nicht nur eine subjektive Einschätzung des Erfolges eine Rolle zu spielen, sondern auch das Behandlungsprofil des Bezirkskrankenhauses und damit verbundene unterschiedliche Behandlungsziele der beiden Kliniken. Die Förderung, Rehabilitation und Wiedereingliederung der geschädigten Kinder und die damit verbundene langfristige und intensive sonderpädagogische Behandlung der sogenannten „bildungsunfähigen Kinder“ konnte die Erfolgsrate in Ueckermünde erhöhen.

IV.2.5 Soziale Situation

Ungünstige familiäre Situationen wie unangepasstes oder schlechtes Milieu, schwere Elternkonflikte, Scheidung, Trinkmilieu, unerfüllte Lebens- oder Berufswünsche und vor allem mehrere Ursachen zusammen erhöhen das Risiko der Neurosenentstehung (Schmitz 1960, S. 2177). Die Anzahl der Patienten und Patientinnen aus schlechten Milieuverhältnissen zeigte sich in beiden Kliniken sehr hoch (Ueckermünde: 73,5% , Rostock: 80,0%). Allerdings ein niedrigerer Bildungsstand der Eltern, häufigere Fremdplatzierung der Geschwisterkinder, eine größere Anzahl der kinderreichen Familien sowie häufiger vorliegende Intelligenzminderung der Eltern zeigen eine schlechtere soziale Situation des Ueckermünder Patientengutes. Psychosoziale Risiken haben die größte Bedeutung bei der Entstehung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen (Steinhausen 2002, S. 27). Bei der Aufnahme in die Heime dominierten eltern- und umfeldbezogene Anlässe, wie häusliche Konflikte und Erziehungsinkompetenz (Macsenae und Schemenau 2008, S. 27). Die schlechtere soziale Situation der Ueckermünder Patienten und Patientinnen führte mit zu den deutlich häufigeren Heimeinweisungen.

IV.2.6 Sonstige Symptome

In den Patientenakten der beiden Kliniken wurden häufig zusätzliche Symptome vermerkt, die nicht als eigenständige Diagnose eingeordnet wurden. An dieser Stelle wurden solche Symptome wie Aggression, Konzentrationsstörungen, Stehlen sowie Unruhe verglichen. Die wesentlichen Unterschiede waren in Bezug auf Aggression sowie motorische Unruhe zu betrachten.

Genaue Aussagen zu den aggressiven Verhaltensweisen können heutzutage nicht gemacht werden, was an einer Vielzahl von Definitionen aggressiven und gewalttätigen Verhaltens in den in Deutschland veröffentlichten Studien begründet liegt (Heinze, Gaatz und Dassen 2005, S. 149). Aggressivität und Gewalttätigkeit sind in der Regel nicht auf einen einzelnen Faktor zurückführbar, sondern das Ergebnis verschiedener, unter anderem biologischer, sozialer und psychischer Faktoren (Schulz 2009, S. 23). Das aggressive Verhalten hatte in beiden Kliniken keine wesentliche Rolle gespielt, da der Anteil der aggressiven Kinder sowohl in Ueckermünde als auch

in Rostock bei etwa 15% lag. Allerdings waren deutliche Unterschiede in Bezug auf eine Fremdunterbringung zu beobachten. Betrachtet man die Aggression als Reihenfolge von verschiedenen, ungünstigen Lebensereignissen, unter anderem auch ungünstigen Entwicklungsbedingungen (Höwler 2016, S. 202), so könnte das häufigere Fremdplatzieren dieser Patienten und Patientinnen in Ueckermünde erklärt werden. Die aggressiven Kinder wurden nach der Behandlung in der Ueckermünder Klinik zu 76,5% fremduntergebracht. In Rostock wurden nur 20% der aggressiven Patienten und Patientinnen in ein Heim eingewiesen.

IV.2.7 Fremdunterbringung und Gewährleistung von weiteren Hilfen vor und nach der Entlassung aus der stationären Behandlung

Wesentliche Unterschiede waren in den beiden Kliniken bei der Überweisungspraxis der Patienten und Patientinnen in andere stationäre Einrichtungen nach Abschluss der stationären Behandlung zu verzeichnen. Eine direkte Überweisung in ein Heim erfolgte in Rostock bei zehn Patientinnen und Patienten, bei sieben weiteren Kindern war die Heimunterbringung geplant. Diese Gesamtzahl machte nur 10% des Gesamtklientel aus. Die Heimeinweisungen in Ueckermünde im Jahr 1960 erfolgten bzw. waren geplant bei 48 (44,5%) der Patienten und Patientinnen. Ungünstige Milieubedingungen wirkten sich sowohl in Ueckermünde als auch in Rostock (vgl. Mai 2016) signifikant auf eine Heimunterbringung aus. Darunter muss zwischen denjenigen Patienten und Patientinnen unterschieden werden, die in Heimen des Gesundheitswesens und in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht worden sind. Die Institutionen des Gesundheitswesens übernahmen etwa die Hälfte der zur Fremdunterbringung vorgesehenen Kinder. Die Hilfeleistung durch die vollstationären Einrichtungen der Jugendhilfe war in beiden Kliniken gleichmäßig verteilt und lag bei etwa 11%. Eine ambulante Jugendhilfe wurde in Ueckermünde zwar häufiger als in Rostock installiert, allerdings war diese bei der Höhe der vorliegenden Milieuschädigung in beiden Kliniken wohl unzureichend.

Das mittlere Alter der fremdplatzierten Patienten in Rostock betrug 8;65 Jahre und war mit dem Alter der Patienten und Patientinnen in Ueckermünde vergleichbar (8;7 Jahre). Das durchschnittliche Alter der Heimklientel bei Hilfebeginn beträgt heutzutage knapp

13 Jahre (Macsenaere und Schemenau 2008; S. 27) und liegt damit erheblich über dem Alter der Patienten und Patientinnen in der Vollzeitpflege aus dem Jahrgang 1960. Die Erziehung in Tagesgruppen und die Installierung der Sozialpädagogischen Familienhilfe im jüngeren Kindesalter scheinen die Gründe zu sein, Heimerziehung erst später zu gewähren. Die Heimerziehung von Kindern wird zu 90% nach schon zuvor in Anspruch genommenen (Jugend-) Hilfen, zu 32% als Kontinuität schon erfolgter Heimerziehung in einer anderer Einrichtung und zu 23% nach stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen (Macsenaere und Schemenau 2008, S. 27).

Es gab auch Unterschiede zwischen der Kontaktaufnahme zu Institutionen der Jugendhilfe vor der Aufnahme. Die Einweisungen durch die Jugendfürsorge sind in Rostock bei 15 Patienten und Patientinnen erfolgt, in Ueckermünde waren keine derartigen Fälle beschrieben worden. Allerdings gab es in 23 Ueckermünder Patientenakten Vermerke über die Kontaktaufnahme zur Jugendhilfe vor der stationären Aufnahme. Diese Zahlen zeigen, dass die Kooperation zwischen Institutionen der Jugendhilfe sowohl in der Rostocker Kinder-Neuro-Psychiatrie als auch der kinderpsychiatrischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses in Ueckermünde nur in einem eher geringen Umfang möglich war. Als Grund dafür kommt die sich erst im Aufbau befindliche Jugendhilfe infrage, die über kein flächendeckendes, anerkanntes und effektive Hilfesystem verfügte. Erst nach Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe konnte diese Kooperation verbessert werden. Heutzutage spielt die enge Kooperation zwischen KJP und KJH eine wesentliche Rolle und kann dadurch, dass in beiden Institutionen sich wesentliche Veränderungen ergeben haben, besser gewährleistet werden. Es besteht Bedarf an einer komplexen professionellen Betreuung. Es wurde belegt, dass das Scheitern einer Maßnahme für die Kinder- und Jugendlichen die Chancen auf den Erfolg einer weiteren Maßnahme deutlich reduziert (Kölch, Fegert, Berg und Jung 2015, S. 2).

IV.3 Zusammenfassung

Der Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 17. Juli 2015 zur Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. in Psychiatrien Leid und Unrecht erfahren haben, regt zu weiteren Untersuchungen an, die durch Bezug auf kleinere Patientenzahlen mehr Informationen zur Geschichte der Patientenbehandlung und Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aussagekräftiger sein können.

In der vorliegenden Arbeit wurden alle in den Jahren 1959-1961 stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ueckermünde untersucht und analysiert und mit Evaluationsergebnissen des Jahrgangs 1960 aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rostock verglichen. Im Rahmen einer retrospektiven Untersuchung wurden 108 Patientenakten mit besonderem Fokus auf die anamnestischen Daten, den Verlauf und der Behandlung analysiert. Besonderer Wert wurde in dieser Arbeit auf die damalige Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und entsprechende Fremdplatzierungen mit Berücksichtigung der soziopolitischen Situation gelegt. In den 60er Jahren wurde der sogenannte umfassende Aufbau des Sozialismus zur strategischen Aufgabe in der DDR. Eine besonders wichtige Rolle spielte die Anordnung über ständige gesundheitliche Überwachung der Jugendlichen und der Plan des Ministerrates der DDR zur Förderung der Jugend. Die entsprechende Betreuung und Förderung sollte, um aus den Kindern und Jugendlichen „sozialistische Persönlichkeiten“ zu schaffen, in Anspruch genommen werden. Die Verantwortung für die Kinder, die den gesetzlichen Bestimmungen nur unter kontinuierlicher und engmaschiger ärztlicher Behandlung nachkommen konnten, sollte von den neuropsychiatrischen Fachkrankenhäusern übernommen werden, was zweifellos Einfluss auf das Profil der psychiatrischen Klientel hatte.

Die Aufenthaltsdauer betrug in Ueckermünde minimal 6 Tage und maximal 17 Jahre, 6 Monate und 23 Tage. Sehr deutlich zeigte sich ein Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen beiden Kliniken. Die Behandlungsdauer in Ueckermünde war fast zwanzigfach länger als in Rostock.

Zwischen den erfassten Intelligenzquotienten ergaben sich in beiden Kliniken keine signifikanten Differenzen. Bei 68% aller Ueckermünder Patienten und Patientinnen lag eine Intelligenzminderung vor, bei den Rostocker Patienten und Patientinnen lag dieser Wert bei 62,5%. Obwohl die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose in beiden Kliniken eine Intelligenzminderung war, wurden definitiv häufiger Entwicklungsverzögerungen in Ueckermünde beschrieben. In dem Bezirkskrankenhaus wurde der Schwerpunkt an die Beurteilung der Bildungsfähigkeit der eingewiesenen Kinder sowie an die Rehabilitation von Schwachsinnigen gelegt, was die lange Behandlungsdauer zur Folge hatte. Das im Jahr 1960 in der DDR und auch international vorhandene Klassifikationsschema (ICD-6) war aus heutiger Sicht defizitär, da die vergebenen Aufnahmediagnosen eher subjektiv als objektiv waren. Den definitiv größten Anteil der Hauptdiagnosen in beiden Kliniken machten Intelligenzstörungen aus. Die Verhaltensauffälligkeiten nahmen einen geringen Stellenwert bei der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Diese wurden eher als Komorbiditäten angesehen. Häufig wurden in Ueckermünde auch als Hauptdiagnosen "nicht psychiatrische" Diagnosen angegeben, was in Rostock nicht vorlag. An dieser Stelle wird die Rolle des Bezirkskrankenhaus erneut deutlich. Es handelte sich nicht nur um eine Behandlung der psychiatrischen Störungsbilder, sondern auch um eine Rehabilitation der Betroffenen in medizinischer, pädagogischer, beruflicher und sozialer Hinsicht.

Nur geringe Unterschiede zeigten sich in beiden Kliniken im Jahr 1960 bezüglich der Medikamentengabe. In Rostock erhielten 19,8% der Patienten und Patientinnen ($n=22$) Psychopharmaka, in Ueckermünde waren es 17 Patienten und Patientinnen (15,8%). In beiden Kliniken spielte Medikamentengabe keine wesentliche Rolle. Die Pharmakotherapie zur „Ruhigstellung“ der Patienten und Patientinnen wurde im Jahr 1960 selten genutzt und die Verabreichung der Medikation entsprach in etwa der heutigen Indikationen.

Wesentliche Unterschiede waren in den beiden Kliniken bei der Überweisungspraxis der Patienten und Patientinnen in andere stationäre Einrichtungen nach Abschluss der stationären Behandlung zu verzeichnen. In Ueckermünde wurden 30,6% Patienten und Patientinnen in ein Heim überwiesen. Deutlich geringer war der Anteil in der Rostocker Klinik, wo es nur in 10% der Fälle zu einer Heimunterbringung kam.

Die Anzahl der Patienten und Patientinnen aus schlechten Milieuverhältnissen zeigte sich in beiden Kliniken sehr hoch (Ueckermünde: 73,5%, Rostock: 80,0%). Ungünstige Milieubedingungen wirkten sich sowohl in Ueckermünde als auch in Rostock signifikant auf eine Heimunterbringung aus. Ein niedrigerer Bildungsstand der Eltern, eine häufigere Fremdplatzierung der Geschwisterkinder, eine größere Anzahl der kinderreichen Familien sowie eine häufiger vorliegende Intelligenzminderung der Eltern zeigen allerdings eine schlechtere soziale Situation des Ueckermünder Patientengutes.

Eine Analyse der ambulanten Jugendhilfe zeigte, dass diese in Ueckermünde zwar häufiger als in Rostock installiert wurde, allerdings war diese bei der Höhe der vorliegenden Milieuschädigung in beiden Kliniken wohl unzureichend. Erst nach Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe konnte diese Kooperation verbessert werden.

IV.4 Thesen dieser Arbeit

1. Zur Erfassung der Kinder und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 - 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. in der Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben, erfolgte 2016 im Rahmen einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eine Schätzung.
2. Die vorliegende Arbeit analysiert alle aus den Jahren 1959 -1961 vorhandenen Akten der stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ueckermünde behandelten Patienten und vergleicht die Ergebnisse mit denen des Jahres 1960 der Kinderneuropsychiatrie der Universität Rostock.
3. In Ueckermünde wurden 108 Patienten (59 weiblich, 53 männlich) im Alter von einem bis fünfzehn Jahren mit einem Dauer von minimal 6 bis maximal 6414 Tagen behandelt.

4. Bei 33 Patienten lag eine Fremdplatzierung vor (69,7% Jungen und 30,3% Mädchen). Durchschnittsalter betrug 6 Jahre, Aufenthaltsdauer etwa 2/3 im Vergleich zu den nicht Fremdplatzierten.
5. Die Aufenthaltsdauer nahm mit dem Alter ab.
6. Der überwiegende Anteil (89,9%; $n=96$) der Kinder und Jugendlichen wies Entwicklungsrückstände in diversen Bereichen auf.
7. Mit über 50% dominierte als Erstdiagnose eine Intelligenzminderung, gefolgt von Verhaltens- und Entwicklungsstörungen.
8. Unter den fremdplatzierten Kindern waren 66,7% mit einer Intelligenzminderung.
9. Die größten Behandlungserfolge zeigten Kinder mit Entwicklungsrückständen (75%), Milieuschäden (57,1%), Intelligenzminderung (55,9%) und frühkindlicher Hirnschädigung (58,3%).
10. Bei beiden leiblichen Elternteilen wuchsen 49,5% aller Kindern auf, wobei über einen Abschluss der Oberschule sowie über einen Hochschulabschluss weniger als 2% der Mütter und Väter verfügte.
11. Fremdplatzierung stand in einem deutlichen Zusammenhang zu einer fehlenden Berufsausbildung der Eltern, zu intelligenzgeminderten Eltern und einem niedrigen sozioökonomischen Status dieser.
12. Weniger als 20% der Patienten erhielten Psychopharmaka.
13. Im Vergleich zur Population in Rostock war der Anteil der Jungen geringer, die Behandlungsdauer fast 20-fach länger und die Psychopharmakagabe weniger häufig.
14. In Ueckermünde wurden häufiger Intelligenzminderungen, weniger Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensstörungen bei der Aufnahme diagnostiziert.
15. In Ueckermünde wurden prozentual dreimal so viel Patienten fremdplatziert wie in Rostock.

V Quellenverzeichnis

Albrecht, H.-E. (2000): Das Krankenhaus am Rande der Stadt: Das Krankenhaus Ueckermünde an der Ravensteinstrasse im Wandel der Zeit von 1875 bis 2000. Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ueckermünde: Offset Druck.

Albrecht, P. (1921): Provinzial-Heilanstalt Ueckermünde. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* (3/4), S. 35.

AMEOS Klinikum Ueckermünde: Leistungen. Verfügbar unter: <https://www.ameos.eu/standorte/ameos-nord/ueckermuende/ameos-klinikum-ueckermuende/leistungen> (abgerufen am 2. Oktober 2018).

AMEOS Klinikum Ueckermünde: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Verfügbar unter: <https://www.ameos.eu/standorte/ameos-nord/ueckermuende/ameos-klinikum-ueckermuende/leistungen/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie/> (abgerufen am 1. Oktober 2018).

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (Hg.) (2012): Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR - Bericht. Berlin: Eigenverlag Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ).

Autorenkollektiv (2009): 750 Jahre Stadt Ueckermünde 1260-2010 – Geschichte & Geschichten. Ueckermünde: Offset Druck Ueckermünde GmbH.

Bastian, P. (2011): Kampagne und Reform – Ein Kommentar zu den „Empfehlungen des Beirats für Heimerziehung“ in Hessen von 1972. In: *Soziale Passagen* (3), S. 269-275.

Bender, W. (1950): Wiederaufbauprobleme in den Heil- und Pflegeanstalten. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* (43), S. 1365-1367.

Bernhardt, H.; Dörner, K. (2013): Anstaltspsychiatrie und „Euthanasie“ in Pommern 1933 bis 1945. Die Krankenmorde an Kindern und Erwachsenen am Beispiel der Landesheilanstalt Ueckermünde. 3. Auflage. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag.

Benkert, O.; Hippus, H. (2014): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 10., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage 2014. Berlin: Springer - Verlag.

Bergmann, H. (1998): Ueckermünde. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einer kleinen Stadt am Stettiner Haff. Schwerin: Radke – Verlag.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Forschungsbericht 466. Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb466-leid-unrechtserfahrungen-stationaeren-einrichtungen-behinderthilfe.html> (abgerufen am 10.09.2020).

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Welche Abschlüsse erreichten Schüler früher und heute? Bevölkerung in Deutschland nach Geburtsjahren und allgemeinbildenden Schulabschlüssen (2010). Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/zukunft-bildung/159282/welche-abschluesse-erreichten-schueler-frueher-und-heute> (abgerufen am 12. Dezember 2019).

Censebrunn-Benz, A. (2019): Zwangserziehung in der DDR. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* (13), S. 64-72.

Christophorus-Diakoniewerk g. GmbH (1998): Zur Information für unsere Patienten und Besucher. Zeuthen: Stadtbuchverlag W + I GmbH.

Christophorus-Diakoniewerk g. GmbH (2001): Mitarbeiterzeitung (2/2001). Prenzlau: Konzepta Agentur und Werbemittel GmbH.

Corboz, R. J. (1965): Klinische Erfahrungen mit Psychopharmaka im Kindesalter. In: Lutz, J. (Hg.): *Psychopharmakologie im Kindesalter*. Basel: Schwabe & Co.

Das Deutsche Digitale Zeitschriftenarchiv: N.N. (1888): Die Kückenmühle bei Stettin. Ein Blick auf die pommersche Anstalt für Schwachsinnige. In: *Evangelisches Monatsblatt für die deutsche Schule*, S. 334–339. Verfügbar unter: http://www.digizeitschriften.de/dms/img/?PID=1002753074_08%7CLOG_0111 (abgerufen am 15. August 2018).

Deutsche Homöopathische Union (2007): Beipackzettel Enuroplant N Mischung. Verfügbar unter: <https://www.dhu.de/sortiment/produktuebersicht/produkt/dhu/detail/enuroplant-n.html> (abgerufen am 10. Januar 2018)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017a): ICD-6 Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen für Zwecke der Medizinalstatistik. Herausgegeben vom Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik und vom Statistischen Zentralamt. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-6/ICD-6-Systematik.html> (abgerufen am 15. August 2017).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017b): ICD-9 Internationale Klassifikation der Krankheiten, 9. Revision. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/historie/icd-vorgaenger/icd-9/index.html> (abgerufen am 23. August 2017).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019): ICD-10-GM Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. German Modification. Version 2019. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/> (abgerufen am 1. April 2019).

Dilling, H.; Freyberger, H.J. (2014): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. 7., überarbeitete Auflage entsprechend ICD-10-GM. Bern: Huber.

DocumentArchiv (2004): Die Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik (vom 7. Oktober 1949). Verfügbar unter: <http://www.documentarchiv.de/ddr/verfddr1949.html> (abgerufen am 11. Oktober 2019)

2018).

Eichhorn, H. (1992): DDR-Psychiatrie: Skizze eines Rückblicks.
In: *Sozialpsychiatrische Informationen* (1/92), S. 9-13.

Eichhorn, H. (1986): Braucht die Psychiatrie geschlossene Stationen?
In: *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* (38), S. 39-42.

Eichhorn, H. (1990): Abschied von der Klapper? Überlegungen zum psychiatrischen Krankenhaus. In: Thom, A.; Wulf, E. (Hg.): *Psychiatrie im Wandel - Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 166-179.

Emminghaus, H. (1887): Die Psychischen Störungen des Kindesalters. London: FB & c Ltd.

Fegert, J.M. (2015): Stellungnahme zur Errichtung eines Hilfesystems für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. 1949-1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben. Verfügbar unter:
http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2015/2015_11_11%20KJP%20Nachkriegszeit%20DGKJP_final.pdf (abgerufen am 2. Oktober 2018).

Fegert, J.M, Eggers, C., Resch, F. (2012): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. 2. Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

Fegert, J.M.; Kölch, M. (2013): Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

Feldhoff, B. (2016): Zwischen gesellschaftlicher Anerkennung und individueller Rehabilitation. Eine (Zwischen-)Bilanz der Aufarbeitung der DDR-Heimerziehung. In: *Bundeszentrale für politische Bildung*. Verfügbar unter: www.bpb.de/235221 (abgerufen am 1. Oktober 2018).

Fischer, J. (1931): Zur Geschichte des mecklenburgischen Irrenwesens.
In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin* (XCV), S. 1-13.

Fornfeld, B. (2002): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: Reinhardt/UTB.

Forum Gesundheitspolitik (2019): Meilensteine der Gesundheitspolitik in Deutschland. Zeitepoche: 1954-1969. Verfügbar unter: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/meilensteine/meilensteine.pl?content=1954-1969> (abgerufen am 23. Juni 2019).

Freitag, J. (1996): 100 Jahre Krankenhaus Ueckermünde 1896-1996. Ueckermünde: Ueckerdruck GmbH.

Gerhard, U.-J.; Schönberg, A. (2016): Die Anfänge einer differenzierten Neuropsychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung zur Psycho- und Neuropharmakologie in den 40er und 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (44), S. 285-294.

Gerlach, M.; Mehler-Wex, C.; Walitza, S.; Warnke, A.; Wewtzer, Ch. (Hg.) (2009): *Neuro- Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie.* Wien: Springer-Verlag.

Goerlitz, E.; Immisch, J. (Hg.) (1997): *Zeiten und Menschen. Neue Ausgabe B. Band 4. Von der Oktoberrevolution bis zur Gegenwart.* Deutschland: Verlag Ferdinand Schöningh.

Göllnitz, G. (1973): *Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters.* Zweite, überarbeitete Auflage. Jena: Gustav Fischer Verlag.

Grossmann, G.; Schmitz, W. (1961): Gedanken zur Differenzierung des Bildungsumfanges schwachsinniger Kinder. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* (16), S. 715-717.

Grossmann, G.; Schmitz, W. (1963): Kinderpsychiatrische und sonderpädagogische Gesichtspunkte zur Differenzierung des Bildungsumfanges geistig zurückgebliebener Kinder unter Berücksichtigung der Bildungsstätten. In: *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* (11), S. 442-447.

Haack, K.; Kumbier, E. (2013): Verbrechen an Kindern und Jugendlichen in der NS-Zeit. In: *Memorandum anlässlich des XXXIII. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, S. 11-19.

Haack, K.; Kumbier, E. (2015): Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: *Nervenheilkunde* (5), S. 355-360.

Häßler, F.; Weirich, S. (2017): Eine Rostocker Placebo-kontrollierte mehrarmige Studie mit Glutaminsäure bei Kindern und Jugendlichen 1953/54. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (66/7), S. 516-525.

Häußler, G. (2009): Missbrauch und Misshandlung. In: Hopf, H.; Windhaus, E. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendpsychotherapie.* München: CIP-Medien.

Hebebrand, J. (2018): Der Intelligenzquotient als multifaktorielles Merkmal unter besonderer Berücksichtigung neuer Ergebnisse aus Genom-weiten Assoziationsstudien. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (4), S. 49-56.

Heinemann, E. (2009): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. In: Hopf, H.; Windhaus, E. (Hg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendpsychotherapie.* München: CIP-Medien.

Heinze, C.; Gaatz, S.; Dassen, T. (2005): Aggression in psychiatrischen Kliniken. Eine standardisierte Erfassung aggressiven Patientenverhaltens mit der Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS – R). In: *Psychiatrische Pflege* (11), S. 149-153.

Höwler, E. (2016): Kinder und Jugendpsychiatrie für Gesundheitsberufe, Erzieher und Pädagogen. Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag.

Joschko, H. (1974): Die Entwicklung des Neuropsychiatrischen Bezirkskrankenhauses Ueckermünde seit dem Jahre 1959. In: *Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus Ueckermünde 1875-1975. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde*. Neubrandenburg: Druckerei Erich Weinert.

Joschko, H.; Schulz, M. (1974): Entwicklung, Stand und Tendenzen der Neurologischen Klinik. In: *Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus Ueckermünde 1875-1975. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde*. Neubrandenburg: Druckerei Erich Weinert.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) (2014): Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Kinder-/ Jugendpsychiater. 1. Quartal 2014. Verfügbar unter:
https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/Report_Psycho_Kinder_Jugend_20141.pdf (abgerufen am 20. September 2019).

Kölch, M.; Fegert, J.; Berg, G.; Jung, M. (2015): Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion zur Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie mit der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen des § 35a SGB VIII sowie im Rahmen von § 27 SGB VIII und § 1631b BGB. Verfügbar unter:
http://www.dgkjp.de/images/files/dgkjp/Jugendhilfe/Kooperation_KJP_KJH.pdf (abgerufen am 2. Oktober 2018).

Köttgen, C.; Kretzer, D.; Richter, S. (Hg.) (1990): Aus dem Rahmen fallen. Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Knecht, A. (1901a): Die familiäre Irrenpflege in Ueckermünde. In: *Die Irrenpflege* (5), S. 37-40.

Knecht, A. (1901b): Mittheilungen. In: *Psychiatrische Wochenschrift* (5), S. 51-56.

Lutz, J. (1965): Gedanken zur Psychopharmakotherapie im Kindesalter. In: Lutz, J. (Hg.): *Psychopharmakologie im Kindesalter*. Basel: Schwabe & Co.

Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (2013): Die bisherige Auseinandersetzung und Aufarbeitung der "Euthanasie" im Nationalsozialismus durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Memorandum anlässlich des XXXIII. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, S. 4-11.

Mai, W. (2016): Erziehungsschwierig oder traumatisiert - Kinder zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie - Analyse der stationären Klientel der Klinik für Kinderpsychiatrie Rostock 1960 und die Kooperation mit

Jugendhilfeinstanzen. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Doktor der Medizin der Universitätsmedizin Rostock.

Macsenaere, M.; Schemenau, G. (2008): Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Evaluation Erzieherischer Hilfen (EVAS). In: *Unsere Jugend* (1), S. 26-33.

Martinius, J. (1996): Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: *Deutsches Ärzteblatt* (8), S. 465-468.

Ministerium für Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik (1971): Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). 8. Revision 1965. 2. Auflage. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Ns-eugenik.de: Übersicht zur Geschichte der Betreuung psychisch Kranker in Pommern. Verfügbar unter: <http://www.ns-eugenik.de/eugenik/sb1.htm> (abgerufen am 15. August 2018).

Oehler, K.-U. (2018): Neuroleptika in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (3), S. 77-88.

Oehler, K.-U. (2018): Pharmakologische Behandlung von Komorbiditäten der ADHS. In: *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (2), S. 73-83.

Rehbein, S. (2006): Stationäre Hilfen zur Erziehung – Heimerziehung. München: GRIN Verlag. Verfügbar unter: <https://www.grin.com/document/109888> (abgerufen am 1. September 2019)

Remschmidt, H. (Hg.) (2011): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. 6., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag KG.

Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F. (2012): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO: Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 6. korrigierte Auflage, Bern: Huber.

Sandrock, O. (1979): Festschrift für Günther Beitzke zum 70. Geburtstag am 26. April 1979. Berlin: Walter de Gruyter. Verfügbar unter: https://books.google.de/books?id=I7Cvd1hBovEC&pg=PA223&lpg=PA223&dq=%22frozen+watchfulness%22&source=bl&ots=Imrl8LkJDR&sig=JJWuhAoYjYCJQ09-KJ_GrtRQ5yg&hl=de&sa=X&ei=S1JTUcChFdSO7Abpz4HADA&ved=0CGcQ6AEwCQ#v=onepage&q=%22frozen%20watchfulness%22&f=false (abgerufen am 24. August 2018)

Schallberger, U. (2005): Welches sind die nach statistischen Kriterien besten Kurzformen des HAWIK-III?. In: *Berichte aus der Abteilung angewandte Psychologie* (32). Zürich: Psychologisches Institut der Universität.

Schmid-Boß, S. (2009): Enuresis und Enkopresis. In: Hopf, H.; Windhaus, E. (Hg): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung. Band 5: Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendpsychotherapie*. München: CIP-Medien.

- Schmitz, W. (1957): Probleme jugendpsychiatrischer Fürsorge auf dem Lande. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* (45), S. 1400-1405.
- Schmitz, W. (1958): Organisation der jugendpsychiatrischer Fürsorge auf dem Lande. In: *Die Heilberufe* (9), S. 258-260.
- Schmitz, W. (1960): Sozialpsychiatrische Erfahrungen während fünfjähriger jugendpsychiatrischer Tätigkeit auf dem Lande. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* (44), S. 2170-2178.
- Schmitz, W. (1974): Die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde von der Gründung bis zum Jahre 1958. In: *Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus Ueckermünde 1875-1975. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde*. Neubrandenburg: Druckerei Erich Weinert.
- Schulz, M. (2009): Aggression und Gewalt. In: *Heilberufe* (61/4), S. 23-24.
- Smetan, M. (1974): Entwicklung, Stand und Tendenzen der Kinderpsychiatrischen Klinik. In: *Neuropsychiatrisches Bezirkskrankenhaus Ueckermünde 1875-1975. Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Ueckermünde*. Neubrandenburg: Druckerei Erich Weinert.
- Schrappner, C. (2017): Grenzen der Erziehbarkeit? Über Definitionsmacht an der Grenze von Fürsorgeerziehung und Jugendpsychiatrie – eine Diskussionsskizze aus aktueller Perspektive. In: Fangerau, H.; Topp, S.; Schepker, K. (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung*. Berlin: Springer-Verlag. S. 598-605.
- Stark, D. (1926): Bluttat in der Königsallee. In: *Niederbarnimer Kreisblatt* (247).
- Steinhausen, H. (2002): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 5., neu bearbeitete Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Teaschler, M.; Loew, D. (1965): Zur Pharmakologie in der Kinderpsychiatrie gebräuchlichen psychotropen Medikamente. In: Lutz, J. (Hg): *Psychopharmakologie im Kindesalter*. Basel: Schwabe & Co.
- Thomas, M. Z. (1965): Unser Kind 4 Jahre. Praktische Hilfen für den Alltag. München: Schneider Verlag.
- Tomaschny, V. (1928): Die Familienpflege der Provinzialheilanstalt Ueckermünde. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin* (LXXXVIII), S. 220-231.
- Warnke, A.; Lehmkuhl, G. (2010): Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Winter, K. (1980): Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit.

VI Anhang

VI.1 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Lageplan des neu eröffneten Bezirkskrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie (1959).....	17
Abb. 2 Formular zur Datenverarbeitung.....	29
Abb. 3 Wiederholung der Behandlung bei den Patienten in Ueckermünde in den Jahren 1959-1961.....	31
Abb. 4 Verteilung der Patienten in Altersgruppen nach Geschlecht.....	33
Abb. 5 Verteilung der Patienten in Altersgruppen.....	34
Abb. 6 Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer.....	35
Abb. 7 EEG- Befundung der Patienten.....	46
Abb. 8 Behandlungserfolg der Patienten.....	49
Abb. 9 Diagnoseverteilung nach ICD-10.....	59
Abb. 10 Geschwisteranzahl der Patienten und Patientinnen.....	68
Abb. 11 Verteilung der einweisenden Institutionen.....	70
Abb. 12 Verteilung der weiterbehandelnden Institutionen.....	71
Abb. 13 Diagnoseverteilung der Gesamtklientel in Ueckermünde und Rostock.....	79
Abb. 14 Diagnoseverteilung der fremduntergebrachten Patienten und Patientinnen in Ueckermünde und Rostock.....	80
Abb. 15 Bevölkerung in Deutschland nach Geburtsjahren und allgemeinbildenden Schulabschlüssen (2010).....	94

VI.2 Tabellenverzeichnis

Tab.1 Übersicht über das Alter der Patienten und Patientinnen und Nutzung von Hilfen zur Erziehung.....	34
Tab. 2 Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer in Altersgruppen.....	37
Tab. 3 Intelligenzminderung innerhalb der Geschlechter (% von Gesamtmengen).....	39
Tab. 4 IQ innerhalb der Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte).....	39
Tab. 5 Intelligenzminderung und komorbide Symptome.....	42
Tab. 6 Verteilung von Entwicklungsrückständen in den Gruppen mit und ohne Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte).....	44
Tab. 7 Verteilung vom Behandlungserfolg in den Altersgruppen.....	50
Tab. 8 Verteilung von Behandlungserfolg und Fremdplatzierung (% von Gesamtwerte).....	51

Tab. 9 Modifikation der Diagnosen 1960 zur ICD-10-Klassifikation.....	58
Tab. 10 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Hauptdiagnose.....	64
Tab. 11 Milieu und Fremdplatzierung bzw. Heimerziehung.....	69

VI.3 Abkürzungsverzeichnis

Abb. - Abbildung
 Abs. - Absatz
 ADHS - Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung
 AGJ - Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
 bzgl. - bezüglich
 bzw. - beziehungsweise
 DDR - Deutsche Demokratische Republik
df - Prüfgröße
 DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
 d. Js. - des Jahres
 EEG - Elektroencephalogramm
 Et al. - und andere
F - *F*-Wert (Varianzanalyse)
 ggf. - gegebenenfalls
 HAWIK - Hamburg-Wechsler-Intelligenztests für Kinder
 Hg. - Herausgeber
 ICD-6 - International Cluster of Diseases, sechste Auflage
 ICD-8 - International Cluster of Diseases, achte Auflage
 ICD-10 - International Cluster of Diseases, zehnte Auflage
 IQ - Intelligenzquotient
 KJH - Kinder- und Jugendhilfe
 KJPP – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 LPG - Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaft
M - Mittelwert
n - Anzahl
p - Signifikanzniveau
s - Standardabweichung
 SE - Standardfehler
 SED - Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
 SMAD - Sowjetische Militäradministration in Deutschland
 sog. - sogenannt
t - *t*-Verteilung
 Tab. - Tabelle
 Tbc - Tuberkulose
 u. a. - und andere; unter anderem
 vgl. - vergleiche
 vs. - versus
 WHO - World Health Organisation
 z. B. - zum Beispiel
 χ^2 - Chi Quadrat

Danksagung

Ohne die Unterstützung zahlreicher Personen und Institutionen hätte diese Arbeit in dieser Form nicht realisiert werden können. Für die vielfältig erfahrene Hilfe möchte ich mich an dieser Stelle sehr herzlich bedanken.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. med. habil. Frank Häßler, der meine Arbeit stets mit viel Verständnis unterstützt hat. Ich bedanke mich nicht nur für konstruktive Anregungen, sondern auch für eine liebevolle Betreuung.

Für die vielfältige Unterstützung sowie für das Glauben an meine Fähigkeiten sei Dr. med. Manfred Blütgen gedankt. Ohne ihn wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Für den Zugang zum Archiv des AMEOS Klinikums Ueckermünde bin ich besonders der Leitung des Krankenhauses verbunden. Als Leiterin des Archivs hat Frau Steffi Fiebelkorn mir den Zugang zu den Patientenakten gewährt und darüber hinaus wertvolle Hilfeleistungen gegeben.

Für die inhaltliche Ausrichtung, zahlreiche Korrekturen sowie ihre Geduld bedanke ich mich bei Regina Fischer sehr herzlich.

Besonders möchte ich an dieser Stelle auch meinen Eltern für die unermüdliche Stärkung und Motivierung danken. Bei Grzegorz Luka bedanke ich mich für viele liebevolle Worte und das stets offene Ohr, auch wenn manchmal Tränen geflossen sind.

Dziękuję

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich,
die vorliegende Arbeit
selbständig und ausschließlich unter
Benutzung der angegebenen Hilfsmittel
und Quellen angefertigt zu haben.

Ueckermünde, den 5.02.2020

Karolina Luka

Curriculum vitae

Persönliche Daten

Karolina Łuka geb. Szymańska

Geburtsdatum: 08.05.1987
Geburtsort: Szczecin (Stettin) / Polen
Familienstand: verheiratet
Aktueller Wohnort: Ueckermünde
Email: szymanska.karolina87@gmail.com

Ausbildung

09/2003-05/2006: V Allgemeinbildende Oberschule namens Adam Asnyk in Stettin
05/2006: Abitur
10/2006-06/2012: Pommersche Medizinische Universität in Stettin
29.09.2012: Abschluss des Medizinischen Staatsexamens
12.12.2012: Approbation als Ärztin in Deutschland

Weiterbildung und Berufserfahrung:

10/2012-10/2013: Praktisches Jahr
Im Allgemeinen Öffentlichen Krankenhaus in Goleniow (Polen)
Seit 1.01.2014: Ärztin in Weiterbildung
zur Kinder- und Jugendlichen Psychiaterin
und Psychotherapeutin in der Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des AMEOS Klinikums in Ueckermünde
Chefarzt: Dr. med. Manfred Blütgen

Sprachkenntnisse:

Polnisch: Muttersprache
Deutsch: Fließend in Wort und Schrift (B2-Goethe-Zertifikat, 15.07.2013)
English: Fließend in Wort und Schrift